

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	130260273			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Bonne		Gaven		Dionde		I. D. J. E. S.		M	16/01/2025
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0983597538 - 0961331303									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA					☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
CANTÓN									
PARROQUIA									
Paseo Mpio Flavio Alfaro									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HSE N. D. C.	C. Externa	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 69 años de edad con APP Diagnóstico Clínico con Dependencia de Trastorno mental por presentar síntomas de Trastorno depresivo, además HTA 176/96 que no cede que hipertensión arterial no bien controlada en el cual se controla el nivel de sus niveles = hipertensión estable.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Hemoglobina:	10.1	Urea:	4.85	Coloanal:	Total = 262.40
Hcto:	32	Creatinina:	2.28	Impurezas:	269.31
Haptógen:	318	Ac. úrico:	6.89		
ETG:	Positivo ++	Glucosa:	++		

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Insuficiencia Renal Aguda, no rcp	HTA	X			4.		
2. Hipertensión					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
16/01/2025	17:00	Dionde	Edilson	Medardo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311855389				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.					4.		
2.					5.		
3.					6.		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		