

ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	130273493-1			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
García		Palma		Eduardo		Eduardo		F	29/02/1972
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN		
0986948353									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO			
Morona		El Cajas		El Cajas		☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
ISS		Extremo	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Femenina de 76 años con APP de HTA y diabetes. Hace 15 años que sufre con síndrome de Parkinson, debilidad, somnolencia, dolor de cabeza, insomnio y pérdida de peso.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HB: 11.1 g/dl, Hct: 37.4%, HbA1c: 7.3%, Creatinina: 1.52 mg/dl, PCV: 30.3.

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESENTADO	DEFINIDO	CIE	PRE	DEF
1.	Insuficiencia renal no hipertensiva			NXX	X	
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: 15/07/2026, HORA: 10:00, NOMBRE: Dr. Belén, PRIMER APELLIDO: Belén, SEGUNDO APELLIDO: Cedeño, DIRECCIÓN: MEDICO CIRUJANO, C.I.: 111855189.

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA: ☐ SI ☐ NO, DERIVACIÓN JUSTIFICADA: ☐ SI ☐ NO.

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-PRESENTADO	DEFINIDO	CIE	PRE	DEF
1.						
2.						
3.						

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: HORA: NOMBRE: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: C.I.: FIRMA: SELLO: