

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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                             |                                                          |
| LACS                                  |  | 1277              | CENTRO DE SALUD EL RECIBO | A                       | 1302/56802                       |                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                             |                                                          |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                           | PRIMER NOMBRE           |                                  | SEGUNDO NOMBRE         | SEXO              | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                     |                                                          |
| RIVAS                                 |  | MACAY             |                           | NELLY                   |                                  | CELESTE                | M                 | 10-08-1945                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 80   | <div><div>H</div><div>D</div><div>M</div><div>A</div></div> | <div><div></div><div></div><div></div><div>X</div></div> |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                           | REFERENCIA              |                                  | DERIVACIÓN             |                   | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                             |                                                          |
| 0988557763                            |  | MSP               |                           | <div><div>X</div></div> |                                  | <div><div></div></div> |                   | <div><div><div>1. Accesibilidad geográfica.</div><div>2. Falta de espacio físico.</div><div>3. Falta de equipamiento.</div><div>4. Equipos en mal estado.</div></div><div><div><div>6. Problemas de abastecimiento.</div><div>7. Insuficiencia de profesionales.</div><div>8. Inadecuada capacidad resolutive</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div>Y</div></div></div></div> |      |                                                             |                                                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  | PROVINCIA         |                           | CANTÓN                  |                                  | PARROQUIA              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                             |                                                          |
| MANABÍ                                |  | TOSAGUA           |                           | TOSAGUA                 |                                  |                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                             |                                                          |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA | CONSULTA EXTERNA | NEFROLOGIA   |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR CON APP DE HTA MAS DIABETES TIPO 2, MAS GONARTROSIS BILATERAL Y APLICACION DE PROTESIS, OBESIDAD CLINICA. SU TRATAMIENTO: DAPAGLIFOZINA 10 MG DIA, INSULINA 30 UI AM, 10 UI PM. RESULTADOS DE LABORATORIO QUE INDICAN BUEN CONTROL DE GLICEMIA, ADEMAS BUEN CONTROL DE PRESION ARTERIAL CON LOSARTAN 100 MG DIA MAS AMLODIPINO 10 MG NOCHE. SIMVASTATINA 40 MG DIA. PRESENTA SIGNOS DE ICC COMO DISNEA DE GRANDES ESFUERZOS, ORTOPNEA. EXAMEN FÍSICO: RSCS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS, CSP5 ESTERTORES BASALES. BAJO EL CONTEXTO DE ESTA PACIENTE CON MULTIPLES COMORBILIDADES, ERC ESTADIO 3 B SEGUN CKDEPI, ENVIO PACIENTE PARA VALORACION Y TRATAMIENTO POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

LABORATORIO 19 DE MAYO: HB 13,6 %, GLUCOSA EN AYUNAS 93 MG, HB GLICADA 6.2 %. CREATININA 1,38 MG, UREA 80 MG, ACIDO URICO 7.2 MG

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO         | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|--------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 3          | N183 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. | HIPERTENSION ARTERIAL                      | I10  |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3. | DIABETES TIPO 2 CON COMPLICACIONES RENALES | E112 | X   |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 21/05/2026                            | 16:04:00        | IGNACIO       | MANRIQUE        | AVEIGA           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
| 1308639879                            |                 |               |                 |                  |

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

|                        |                        |    |                        |                        |    |
|------------------------|------------------------|----|------------------------|------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                     | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                     | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <div><div></div></div> |    | REFERENCIA INVERSA     | <div><div></div></div> |    |

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |