

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP	1410	HBAGA	B	1303772949	1303772949		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
SACON	INTRIAGO	JOSE	DARIOO	H	7/10/1955	69	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO			
0958933631 0987070708		X		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.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA					
MANABI	BOLIVAR	MEMBRILLO					X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 69 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA + ENFERMEDAD RENAL CRONICA GRADO 4 + ANEMIA MODERADA. CURSO 2 DIAS DE HOSPITALIZACION POR DIAGNOSTICOS ANTES MENCIONADO. AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICO CON PERSISTENCIA DE CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS 186/79 MMHG.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

25/03/2025: HEMOGLOBINA 8,8. HEMATOCRITO: 25,9 UREA: 76. 28 CREATININA: 3,33 TFG: 22 M/MIN/1,73 M2

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ESTADIO 4		N184		X	4.				
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION		D509		X	5.				
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		I10X		X	6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025-03-25	9:00	MARCO	AZUA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FRMA		
1311550667			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA			

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

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

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

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

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

M. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					
					4.				
					5.				
					6.				

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

SEGUIMIENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR (SE COLOCA IMPLANTE SUBDERMICO)
CONTROL PEDIATRICO

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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