

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	1410	HBAGA	B	1303979742	1303979742
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
GANCCHOZO	MERA	MARIA	MAGDALENA	F	12/7/1963
TEL. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN
/0981596077				X	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO	
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA	☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	☐ X ☐ X ☐ X		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS DE EDAD CON APP DE DIABETES MELLITUS Y HTA CON TRATAMIENTO LA CUAL ESTUVO HOSPITALIZADA EN PRESTADOR EXTERNO 7 DIAS POR MANIFESTACIONES RESPIRATORIA CON 7 DIAS DE EVOLUCION LA CUAL MANTIENE TRATAMIENTO DE BASE AL MOEMNTO PRESENTA VALORES DE CREATININA 2,6 CON UN FILTRADO DE 21,5 NOS REFIERE QUE ENCUENTRA CON DECAIMIENTO MARCADO SENSACION DE FATIGA EN OCASIONES PRESENTA LIGERO EDEMA EN MIEMBRO INFERIORES POR LO QUE AMERITA VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR SEGUIMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRONÓSTICO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 4	N184	X	4.
2.				5.
3.				6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (AAAA-MM-DD)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025-09-23	10H00	MARCO	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO
1311550667		Dr. Marco Antonio Azúa Cedeno	ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRONÓSTICO	DEF. DEFINITIVO	CE	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	