

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		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
GANCHOZO		MERA		MARIA		F	12/7/1963	62	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
/0981596077				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO			
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				2. Falta de espacio físico		6. Problemas de abastecimiento		X	
MANABI BOLIVAR CALCETA				3. Falta de equipamiento		7. Insuficiencia de profesionales		X	
				4. Equipo en mal estado		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X	
				5. Problemas de infraestructura		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA
			ESPECIALIDAD
			NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
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	
1. ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 4	PRESENCIA DEFINITIVA
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)
2025-09-23	10:00
PRIMER NOMBRE	
MARCO	
PRIMER APELLIDO	
CEDENO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
1311550667	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI NO
CONTRAREFERENCIA	SI NO
REFERENCIA INVERSA	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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
1.	PRESENCIA DEFINITIVA
2.	
3.	

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	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	