

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	H.BAGA	B	1304509126	1304509126
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
ESPIÑOZA	QUIJUE	MILTON	ANTONIO	M	15/9/1963
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
				61	H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				REFERENCIA	DERIVACIÓN
0992088271				☒	☒
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISIA	MOTIVO		
MANABÍ	BOLIVAR	CALCETA	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 resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. ☐		

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

MASCULINO DE 62 AÑOS DE EDAD QUE EL DIA DE HOY SE LE REALIZA ATENCION EL CUAL NOS REFIERE QUE HACE UNA SEMANAS ATRAS HA OBSERVADO HINCHAZON EN MIEMBROS INFERIORES ACOMPAÑADO DE CALAMBRES EN LA MISMA REGION QUE SE ENCUENTRA EDEMATIZADA LA ZONA PERO MAYOR PREDOMINANCIA EN LA PARTE POSTERIOR, CAMBIO EN LA MICCION CON UNA DISMINUCION CONSIDERABLE Y FRECUENCIA DE VECES DE LAS MISMAS, ADEMAS EXMANES DE LÑANORATORIO PRESENTAN UNA CREATINA DE 2,10, POR LO QUE SE REQUIERE MEJOR VALORACION POR MEDIO DE SUS SERVICIOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, CON MALESTAR GENERALIZADO.

SIGNOS VITALES:

PA: 123/81

FC: 79 LXM

FR: 19RXM

TEMP: 36,7

SAT02: 97 %

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRIMARIO	DEF. DEPRIMARIO	CB	PRE	DEF
1.	INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X	☒	4
2.				5
3.				6

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-06	14:00	MARCO		CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667				

G. EVALUACIÓN 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	TIPOLOGIA	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 DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRIMARIO	DEF. DEPRIMARIO	CB	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	