

| 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                                                         |  | 1343              | CENTRO SALUD SAN ELOY    |               | A         | 1304679655                                                                                                                                                |  | 1304679655                                                                                                                                                               |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                            |  | SEXO                                                                                                                                                                     | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| PINARGOTE                                                   |  | CHOEZ             |                          | ANA           |           | BARBARA                                                                                                                                                   |  | F                                                                                                                                                                        | 18/10/1963       | 61   | H D M A<br>61           |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                          |                  |      |                         |
| 0994816289 /968451979                                       |  | SI                |                          | X             |           |                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                          |                  |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA     |           | MOTIVO                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                          |                  |      |                         |
| MANABI                                                      |  | ROCAFUERTE        |                          | ROCAFUERTE    |           | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |  | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br>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                                                     | HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA | CONSULTA EXTERNA | NEFROLOGIA   |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE DE 61 AÑOS APP CON DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL 40 %, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, QUE REQUIRIÓ ANGIOPLASTIA HACE 3 AÑOS APROX, HTA+ DM2 CON COMPLICACIONES VASCULARES PERIFÉRICAS, FUNCIÓN RENAL REDUCIDA A ESTADIO 5 SEGÚN SCORE CKD-EPI : 8,42 ML/MIN, CALCULADORE HEARTS FILTRADO GLOMERULAR : 12,60 ML/MIN FG DISMINUIDO FUNCIÓN RENAL REDUCIDA A ESTADIO 5 , RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PARACLINICOS DEL 24/10/2024: GLUCOSA: 43,16, COLESTEROL: 325, TRIGLICERIDO: 189, ACIDO URICO: 8,12, UREA: 130,23, TGO: 24,19, TGP: 25,78HEMOGLOBIN 12,5, |  |
|                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                          |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                |                |      |     |     |    |     |     |     |
|----------------|----------------|----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
|                | PRE-PRESUNTIVO | DEF-DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.             |                |                | N185 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                |                |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                |                |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 30/10/2024                            | 10:00        | ELVA          | TEJENA          | LOOR             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1311746802                            |              |               |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |    |    |  |                                             |  |    |    |  |
|---------------------------------------------|--|----|----|--|---------------------------------------------|--|----|----|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  | SI | NO |  | DERIVACIÓN JUSTIFICADA                      |  | SI | NO |  |
| CONTRAREFERENCIA <input type="checkbox"/>   |  |    |    |  | REFERENCIA INVERSA <input type="checkbox"/> |  |    |    |  |

| 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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |
|                                                          |  |
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO |                |                |     |     |     |    |     |     |     |
|----------------|----------------|----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
|                | PRE-PRESUNTIVO | 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 (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |