

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1304683863									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
SALVATIERRA		ALEXANDER		ZOILA		ALEJANDRINA		F	09/07/1942	82	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN							
0994608455		NO													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO							
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.							
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA				8. Inadecuada capacidad resolutive				X			
								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		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DER. NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		NEFROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 100 MG QD + AMLODIPINA 10 MG QD Y CARVEDILOL DE 6.25 MG QD. ACUDE SOLA REFIRIENDO QUE DESDE HACE 10 AÑOS PROBLEMAS PARA LA MARCHA SECUNDARIA A GONARTROSIS BILATERAL A PREDOMINIO IZQUIERDO. MANIFIESTA QUE NO PUDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS O QUE LAS REALIZA CON DIFICULTAD, SE EXPLICA A PACIENTE RIESGOS Y BENEFICIOS DE CIRUGÍA INVASIVA DE ARTICULACIÓN.PACIENTE ADMITE QUE NO LE GUSTARÍA OPERARSE YA QUE SUS REDES DE APOYO SON ESCASAS Y LIMITADAS EN HORARIOS; EK YA REALIZADO, SOLICITO LABORATORIOS, PENDIENTE OBTENER FILTRADO GLOMERULAR 45.7ML/MIN , RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO 5%, INDICO ESTATINAS 20 MG DIA., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PENDIENTE OBTENER FILTRADO GLOMERULAR 45.7ML/MIN

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 3	N183		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/07/07	16.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA	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 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	