

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	1304798323	1304798323
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
CEVALLOS	CEVALLOS	NANCY	DOLORES	F	2012/11/67
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN		
/0965196907 / 0982779891		X			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISOLA	6. Problemas de abastecimiento.		
MANABI	BOLIVAR	CALCETA	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	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD CON APP DE DIABETES MELLITUS Y HTA CON TRATAMIENTO LA CUAL SE ENCONTRABA EN SEGUIMIENTO EL EL HOSPITAL MH ALCIVAR CONTROL DE RUTINA DISCONFORT RETROESTERNAL INCARACTERIZADO EN RELACION A LA MORBILIDAD SUPERIOR IZQUIERDA MANTIENE DOLOR ARTICULAR PACIENTE CON MALA ADHERENCIA TERAPEUTICA ADEMAS MANTIENE SEGUIMIENTO CON NEFROLOGIA POR PRESENTAR ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 3 POR LO QUE AMERITA SEGUIMIENTO POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE. PRESENTADO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
1. ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 3	N193		X	
2.				
3.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-23	10H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FINA	BELL	
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	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 DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE. PRESENTADO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
1.				
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	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FINA	BELL	