

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	CS TOSAGUA		C	1304832205		1304832205					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MOREIRA		SANTOS		VICTORIA		JOSEFA	F	07/04/1956	68	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN					
0998785283 - 0993196176		Afiliado Seguro Campesino		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X		7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA				8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
				5. Problemas de infraestructura.				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	CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y FIBRILACION AURICULAR, EPOC, OBESIDAD MORBIDA. ACTUALMENTE CONTROLADA CON ENTRESTO 50mg 7am-7pm, CARDIOL 20mg 8am-8pm, ADALACTONE (ESPIRONOLACTONA) 25mg DIA 11am, AMLODIPINO 5mg 6pm, PRAXADA 150mg BID, SIMVASTATINA 20mg 7pm, ACIDO IBANDRONICO 150mg (ACIBERKAN) UNA TABLETA MENSUAL, USUARIA NO CUMPLE CON DIETA, CIFRAS DE EXAMENES ALTERADAS, SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO. RIESGO CV A 10 AÑOS: (ALTO).

FILTRADO FLOMERULAR CKD-EPI: 39.3ml/min/1.73m2. ERC: ESTADIO 3B.

EXAMENES DE LABORATORIO: COMPLEMENTARIOS: Fecha: 23/02/2025 Lcdo/a: ANGELICA CASTRO. Glicemia: 85.6 mg/dl, Creatinina: 1.38 mg/dl, Ac Urico 4.0 mg/dl, Colesterol 183.6 mg/dl, TAG: 101.4 mg/dl, VLDL: 20.28 mh/dl, TGO: 61.1 U/L, TGP: 6.5 U/L. ASTO: Negativo, FR: Negativo, PCR: Negativo. UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 20-30 xc/; Pio -xc/; Ert: 0-2xc/.; Cel Epit: algunas; Bacterias: + ;MOCO: + ; COPROANALISIS: A. Histolytica +,

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/02/2025	3.30 pm	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310509771				

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 DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	
				