

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	1246	CS. TOSAGUA	C	1305019455						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RIOS	QUIJIJE	BARBARITA	DEL CARMEN	F	1962-09-	63	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
0991530899 / 0980912719										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.			
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.			
			3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria			
			4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
			5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEON DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CONTROL EN TTO 850 MG VO QD, HTA EN TTO CON LOS ARTAN 50 MG BID QD ACUDE A CONSULTA DE SEGUIMIENTO. PACIENTE REFIERE REALIZAR ESTUDIOS DE LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE CHONE POR LO QUE SON REVISADOS Y SE DECIDE HOY USAR PENDER METFORMINA Y LOS ARTAN POR FG 19.32 ML/MIN, ADEMÁS REFIERE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES EN VARIAS OCASIONES, AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE EVIDENCIA EDEMA BILATERAL EN MIEMBROS INFERIORES SIGNO DE GODDET EDEMA +++/++++, ADEMÁS MENCIONA EPS ODIOS RECURRENTES DE ANEMIA, PACIENTE QUE PRESENTA OLIGURIA, POR LO QUE SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA A NEFROLOGÍA DE CARÁCTER URGENTE

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

hb 8.4, hto 23.8, plaquetas 82 000, tp 10.8, inr 0.94, ttp 34.6

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 4	N184	X	4			
2				5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025.10.23	12.00	MARIA NOHELIA	MUÑOZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311843252		MEDICO RURAL		

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 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		