

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Educativo	
Zambano		Lopez		Deyse Maria		11 06 1967		54 M	
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico		
Ecuatoriano	Ecuador	1305728915	Monabí FA FA		Pozos		0984841459		
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
MSP	1305728915	Hospital Basico San Andres	II	13107	
Refiere o Deriva a:					
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha
			Consulta externa	Neftologia	29 10 2021

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive	1 ☐	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesio	2 ☐	Otros/Especifique:	5 ☐
Falta de profesional	3 ☒		

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenina de 54 años de edad que acude a este caso de salud por presentar: Tolerancia, polifagia y polipnea, molestias gástricas y ftebre de 1 semana de evolución. Tiene HT de DM II mal controlada.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Leucocitos = 39,89 Linfocitos 2,1 Eosinófilos 0 Hematocrito = 27,5
Neutrófilos = 92,9 Monocitos 5,00 Basófilos 0 Hemoglobina = 8,7

5. Diagnóstico

1	Insuficiencia renal crónica, no especificada	CIE-10	PRE	DEF
2		N489		

Nombre del profesional:

Dr. Romulo Montalvo Pabon

Código

MSF: Dr. Romulo Montalvo Pabon

Firma:

III. CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
					Fecha
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes
					año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: