

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	1305801720							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ESPINALES	UTRERA		CARMEN		CONCEPCIÓN		F	27/06/1965	60	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0968128473		NO		X				6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA						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 DR. NAPOLEON DAVILA	C. EXTERNA	NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA 60 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE OBESIDAD TIPO 1, HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 3 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN TAB 50MG VO QD + AMLODIPINO TAB 10MG VO QD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 DIAGNOSTICADA HACE APROX 10 AÑOS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA TAB 500MG VO BID, ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ECNT + RETIRO DE MEDICACION, REFIERE PRESENTAR DESDE HACE 15 DIAS SENSACION DE CANSANCIO EXCESIVA Y SOMNOLENCIA DIURNA, NO POLIDIPSIA, NO POLIURIA, NO PERDIDA DEL APETITO, DIURESIS Y CATARSIS POSITIVAS. A LA VALORACION PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION. CIFRAS DE PA EN CONSULTORIO 120/80 MMHG (DENTRO DE METAS). RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS ALTO. SE AGREGA SIMVASTATINA TAB 20MG VO QD. SE VALORAN PARACLINICOS DE CONTROL. SE ENCUENTRA GLICEMIA DE 409, PACIENTE MENCIONA QUE NO SE REALIZÓ HEMOGLOBINA GLICOSILADA, PERO SE INDICA EL USO DE INSULINA***PACIENTE MENCIONA QUE NO DESEA COLOCARCE INSULINA**SE HABLA DE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO, SE MENCIONAN POSIBLES COMPLICACIONES. PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR CON SIMVASTATINA 40 MG/DIA, FILTRADO GLOMERULAR 54.5 ML/MIN, SE DECIDE REFERIR A ENDOCRINOLOGIA Y NEFROLOGIA PERO PACIENTE MENCIONA QUE NO SABE SI ACUDA A CONSULTA PUESTO QUE SU ECONOMÍA NO SE LO PERMITE. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

CREATININA 1.18 MG/DL; GLUCOSA 409 MG/DL.....NO TENEMOS GLICADA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 3	N183		X	4.			
2.	DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E116		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/27	16:00			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

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	CE	PRE	DEF		CE	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	