

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		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1303911513							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
ALAVA	COAVOY	MARIA		ISABEL	M	06-10-1962	62	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0988656889		IESS		☒	☐		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		
										☒		
										5. Problemas de infraestructura.		

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

ADULTO MADURO QUE NO POSEE APP DE HTA NI DIABETES, CONSUMO ESPORADICO DE AINES, TOMA DE MOPXALEN UNA TABELTA DIA 2 MESES. APP VITILIGO, HIPOTIROIDISMO, GASTRITIS. PRESENTA CUADRO CLINICO DE MAS MENOS 6 MESES CARACTERIZADO POR LA EMISION DE ORINA ESPUMOSA, ADEMAS PERDIDA DE PESO, INAPETENCIA, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS. EXAMEN FISICO: RSCS RITMICOS Y NORMOFOENTICOS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR. EXTREMIDADES MOVILES Y SENSIBLES. BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION Y TRATAMIENTO POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

LABORATORIO DEL DIA 30 DE JULIO 2025: CREATININA 3,9 MG CKDEPI 13 ML MINUTO.

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 5	N185		☒	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/08/2025	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Firma electrónica de: IGNACIO XAVIER MANRIQUE AVEIGA		SELLO	
1308639879	Validar únicamente con FirmaEC			

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 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	