MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	1306855741	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
VELEZ	CHINGA	PABLO	ANTONIO	H	19/10/1964	61				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0993662548	NO

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA

REFERENCIA X DERIVACIÓN

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.
2. Falta de espacio físico.
3. Falta de equipamiento.
4. Equipos en mal estado.
5. Problemas de infraestructura.
6. Problemas de abastecimiento.
7. Insuficiencia de profesionales.
8. Inadecuada capacidad resolutiva X
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEONN DAVILA	C. EXTERNA	NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE VARICES Y HTA. REFIERE QUE TIENE ALERGIA A INES PERO HA TOMADO IBUPROFENO SIN REACCION ALGUNA. ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO. PACIENTE REFIERE QUE EN SU ULTIMA CONSULTA SE LE ENVIÓ EXAMENES PARA DETERMINAR NIVEL DE GLUCOSA Y SABER SI SU LESION NO CULMINA DE CURAR POR ENFERMEDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO 2. SE VALORA GLICEMIA CON 89 MG/DL,CON CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL ELEVADAS AL MOMENTO, MODIFICO TRATAMIENTO, CITO EN 5 DÍAS PARA CONTROL CON RESULTADOS DE LABORATORIOS. EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ULCERA DE TOBILLO DERECHO MAS EDEMA FACIAL ++ Y DE MIEMBROS INFERIORES. EL DIA DE HOY SE VALORA FUNCIÓN RENAL CON FILTRADO GLOMERULAR DE 5.8 ML/MIN POR CKD-EPI. SE DERIVA A PACINETE POR EL AREA DE EMREGENCIA PERO PACINETE MANIFIESTA QUE ANDA SOLO Y QUE TIENE PROBLEMAS FAMILIARES. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECILIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 5	N185		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/10/30	16:00			

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
	Firmado electrónicamente por: YOLANDA CAROLINA CEDENO CEDENO Validar únicamente con FirmaEC	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

		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