

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1413	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1307146694	NÚMERO DE ARCHIVO 1307146694
PRIMER APELLIDO MOREIRA	SEGUNDO APELLIDO MOREIRA	PRIMER NOMBRE ELSA	SEGUNDO NOMBRE MARILU	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 2/7/1965
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 979691986		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA: MANABI CANTÓN: FLAVIO ALFARO PARROQUIA: FLAVIO ALFARO		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. ☒	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOBA	SERVICIO CONSULTA EXTERNA	ESPECIALIDAD NEFROLOGIA
--------------------------------	--	------------------------------	----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS DE EDAD APP DE LITIASIS RENAL. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR LUMBAR TIPO CÓLICO DE MODERADA INTENSIDAD QUE NO CEDE A ANALGÉSICOS HABITUALES ACUDE CON ECOGRAFIA CUYO DIAGNÓSTICO ES LITIASIS RENAL BILATERAL. AL MOMENTO AFEBRIL CABEZA NORMAL CUELLO SIMÉTRICO NO ADENOPATIAS. TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADOS CLAROS RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIVO NO DOLOROSO RUIDOS HIDROAREOS AUDIBLES EXTREMIDADES SIMÉTRICAS Y NO EDEMAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 118/70MMHG PULSO 80 T37°C. SATURACIÓN 98% RESPIRACIÓN 20 GLASGOW 15/15. SE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR NEFROLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Leucocitos#15.000
Neutrofilos%* 88.0%
Hemoglobina12.6
HEMATOCRITO 35%

E. DIAGNÓSTICO

	PRE* PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1. LITIASIS RENAL EN SITIO NO ESPECIFICADO		N200	X		4. LITIASIS RENAL EN SITIO NO ESPECIFICADO	N200	X	
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 5/2/2025	HORA (hh:mm) 12:00	PRIMER NOMBRE RÓMULO	PRIMER APELLIDO MUÑOZ	SEGUNDO APELLIDO MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312022369		FIRMA RÓMULO ARGENTIS MUÑOZ MOREIRA	SELLO 	

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	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	