

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE - JUNIN		TIPO C	1307929479								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
INTRIAGO		INTRIAGO		JORGE		ATHAHUALPA		M	01/03/1974	50	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0959556918		NO		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	JUNIN	JUNIN						X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		NEFROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR MOLESTIAS EN REGION PERINEAL CON SENSACION DE PESADEZ Y DIFICULTAD PARA ORINAR, SE RECIBE RESULTADOS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS DONDE SE COMENTA: ECOGRAFIA DE PROSTATA: GLANDULA PROSTATICA CON BORDES REGULARES Y VASCUARIDAD CONSERVADA, AUMENTADA DE TAMAÑO, COMPATIBLE CON HIPERPLASIS PROSTATICA GRADO I-II ADEMAS DE MICROLITIASIS TESTICULAR BILATERAL Y NEFROLITIASIS BILATERAL MANTIENE SEGUIMIENTO POR UROLOGO DE LA PARTE PRIVADA QUIEN LE HA INDICADO MEDICACION CON UROCIT K COMPRIMIDO TOMA UNA TABLETA CADA 12 HORAS Y TAMSULON DUO TOMA UNA CAPSULA A LAS 8 DE LA NOCHE, REFIERE QUE CON ESTA MEDICACION SE LE HA DORMIDO EL SEMEN Y NO PUEDE EYACULAR SEGUN REFIERE, PRESENTA DOLOR EN REGION PERINEAL CON SENSACION DE PESADEZ Y INCONTINENCIA URINARIA CON ALTERACION DEL CHORRO DE ORINA SE MANTIENE, REFIERE ADEMAS QUE TIENE SENSACION DE ADORMECIMIENTO ADEMAS PRESENTA HINCAZON Y DOLOR EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. DIAGNOSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER		N132		X	4.			
2.	OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA PROSTATA		N418		X	5.			
3.	CALCULO DEL RIÑON		N200		X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/04/02	8:30	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

G.EVALUACIONDELAREFERENCIA/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 CLINICO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F. DIAGNOSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			

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				SELLO			