

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP		HAGA	B	1308110715	1308110715
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Andrade	Navarro	Manuela	De Las Mercedes	F	20/06/1971
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (AÑOS)	
0979700675/ 0988906089		X		M D A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	1. Accesibilidad geográfica			
MANABÍ	calacota	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			
		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		CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

VFG 53.5 MUMH ASINTOMÁTICA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMEN FÍSICO / HISTORIA CLÍNICA, CREATININA 0.96 MG/ML

E. DIAGNÓSTICO

PRE-EXISTENTE	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE
		N18.3	X			

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 3/5

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
5 DE MARZO 2025		JOSE	PIÑARGOTE	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO		
1308408135				

Dr. José Piñargote Menéndez
MÉDICO - MAGISTER SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL
SENESCYT 1069-2019-2076976
SENESCYT 1069-2019-2076976

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	TIPOLOGÍA	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-EXISTENTE	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE

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		SELO		