

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		1245	CS 24 H JUNIN		C	1309878971		1309878971						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO		CEDEÑO		ARLINTON		MARCELO		H	11/02/1979	45	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0988945811 / SITIO LAS PIEDRAS				☒		☐		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Demora en la atención. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		JUNÍN		JUNÍN										☒

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP		HOSPITAL NABOLÉON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		NEFROLOGÍA							

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HTA CONTROLADO CON LOSARTAN TABL 100MG QD. ACUDE A CONSULTA SOLICITANDO REFERENCIA A NEFROLOGÍA PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO Y ESTUDIO. (NO HAY ATENCIÓN EN PRAS POR PARTE DE NEFROLOGÍA) PERO TRAE ORDENES DE EXÁMENES INDICADOS POR LA NEFROLOGA													

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													

E. DIAGNÓSTICO													
PRE= PRESUNTIVO		DEF=		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 2			NIR2	☒								
2.													
3.													

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
		11:40		RONALD		LOOR		OUIROZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO							
1312184177													

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= PRESUNTIVO		DEF=		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF
1.													
2.													
3.													

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							