

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1310351265	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO AUGELA	SEGUNDO APELLIDO LOPEZ	PRIMER NOMBRE LUCIA	SEGUNDO NOMBRE MERCENE	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 18-01-1944
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0986346552		REFERENCIA X	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA NAWABI	CANTÓN FLAJO ALFARO	PARROQUIA FLAJO ALF.	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 resolutoria. 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 CIRUGIA GENERAL	ESPECIALIDAD NEFROLOGIA
-------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 49 años con antecedentes de HTA, D.M.H.T. y cirugías de Riñón Izquierdo. Actualmente con molestias generales, hinchazón, falta de apetito y edema generalizado.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Examen físico y laboratorio (análisis de sangre, orina y heces) normal, edema de miembros inferiores, creatinina 1.3 mg/dl, urea 160 - 100 mg/dl.

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	Enfermedad renal crónica	N18.5	X		4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2015-02-03	HORA (hh:mm) 01:16 AM	PRIMER NOMBRE LEONARDO	PRIMER APELLIDO ZANGRONIS	SEGUNDO APELLIDO RODRIGUEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 17568710-7-3	FIRMA 	SELLO Leonardo Zangronis MS ANESTESIOLOGO / REANIMADOR MÉDICO FAMILIAR CÓDIGO 1213		

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 TERAPEUTICOS 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		