

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	
RCP		32495	ASMERP S.A. METRODIAL CHONE		III	1311294175		1311294175	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
PENARRIETA		PENARRIETA		LAURA		F	05/05/1986	40	H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
097 985 2990 / 099 057 8490				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO			
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.			
MANABI CHONE CHONE				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.			
				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive.			
				5. Problemas de infraestructura.		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		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		FISIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Femenina con app de HTA, Enfermedad renal crónica Kdigo 5 en hemodiálisis, en hemodialisis Trisemanal desde el día 10/11/2017, por medio de fistula arteriovenosa funcional con adecuados flujos, asiste de forma regular a sus sesiones de diálisis sin morbilidad durante estas	
La misma presenta dolor óseo intenso en región dorso lumbar en estudios de IMÁGENES compatible con hernia discal con radiculopatía se REFIERE PARA FISIOTERAPEUTA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
ESCOLIOSIS LUMBAR CON RADICULOPATIA				M511		X	4.	HIPERTENSION ARTERIAL	I10	X
ENFERMEDAD RENAL CRONICA GRADO 5				N185		X	5.			
HIERTARATIROIDISMO SECUNDARIO				N211		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/07/2026	13:00:00 p. m.	JACKSON	GONZALEZ	NAVA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
0964410351				

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		NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	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	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
							4.			
							5.			
							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