

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	131509933-1	131509933-1			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
ZAMBRANO	ZAMBRANO		JOSE	ENRIQUE	M	*10/10/1994	31	H	D
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
992738790				☐		☒			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.			
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutoria			
			4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
			5. Problemas de infraestructura.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
			NEFROLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO 31 AÑOS CURSA CUADRO CLINICO DE LARGA DATA SIN CONTROL NI SEGUIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE, DENOTA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, PALIDEZ GENERAL, MALESTAR GENERAL, ASTENIA E INAPETENCIA, DOLOR DIFUSO ABDOMINAL. ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO COLABORARA CON INTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO. REFIERE QUE HACE AÑOS LE INFORMARON SITUACIONES RENALES A LAS CUAL EVADIO CONTINUIDAD DE SEGUIMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMATIES 2.50 HGB 7,6 HTO 22,1 // CREATININA 22,8 UREA 231.00

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ESTADIO 5	N185		X	4.			
2. ANEMIA NO ESPECIFICA	D509		X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
09/02/2026		RÓMULO	MUÑOZ	BURGOS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312022369	RÓMULO MUÑOZ			

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 CLINICO

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
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	