

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		1411	HJHN			1318338318			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
TOALA		VERA		MARIA		ELIZABETH		M	7/11/1993
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0090978106 / 0060144102		X				1. Accidentes geográficos 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura		H O M A X X	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PARROQUIA		MOTIVO		6. Problemas de establecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Insuficiencia de capacidad instalada 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X X	
CANTÓN		ROCAFUERTE							
PROVINCIA		ROCAFUERTE							
MANABÍ									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA		CONSULTA EXTERNA	NEFROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD SECUNDIGESTA NULIPARA CON EMBARAZO DE 28.2 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM Y 28 SG X ECO TEMPRANA QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO TIPO COLICO ACOMPAÑADO DE DISURIA, TENESMO VESICAL.
SIGNOS VITALES ACTUALES: PA: 110/70 FR:20 FC:84 SPO2: 98% T:36.1

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

UROANÁLISIS: NITRITOS NEGATIVO SANGRE (+++) LEUCOCITOS INCONTABLES PIOCITOS INCONTABLES BACTERIAS +++
HEPATITIS B NEGATIVO HIV NO REACTIVO VDRL NO REACTIVO
ECOGRAFÍA: RIÑÓN DERECHO: MIDE 122MM X44MM (HIDRONEFROSIS OBSTRUCTIVA G III) - RIÑÓN IZQUIERDO: MIDE 110MM X54 MM
ECOGRAFIA OBSTETRICA DBP: 74MM PESO FETAL 1625G PLACENTA ANTERIOR G I FCF 141LPM EMBARAZO DE 30 SEMANAS DE GESTACION

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.			N132		X			X
2.			Z359		X			
3.			O234		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
4/23/2326	10:00	JOSE	CARDENAS	SACOTO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SILLO

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. DEFINITIVO	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		SILLO

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA