

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE				NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	1715441109	1715441109	
MSP		2812	HGSD	II			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CASTRO		CHOEZ	ANA	GUADALUPE	M	9/5/1977	47
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN		
988437489				X			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento			
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILA		SANTO DOMINGO	BOMBOLI	7. Insuficiencia de profesionales			
				8. Inadecuada capacidad resolutiva			
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				X			
				X			
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				ESPECIALIDAD			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	NEFROLOGÍA			
MSP			CONSULTA EXTERNA				
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO							
PACIENTE ADULTA JOVEN CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS A REPETICIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.							
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CDO EPI 63.93 MUMV1 73 M2 - 02 QUE INGRESA EN UN CONTEXTO INICIAL EN LA EMERGENCIA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIA A COLELITIASIS							
MAS PROCESO INFECCIOSO SOBREPONIDO DE FOCO URINARIO CON UROCULTIVO SIN CRECIMIENTO BACTERIANO, VALORADO EN PRIMERA INSTANCIA POR SERVICIO DE CIRUGÍA QUIEN CONSIDERA							
NO CUMPLIR CON CRITERIOS QUIRÚRGICOS EMERGENTE Y SUGIERE CONTINUAR VALORACIÓN POR CONSULTA EXTERNA POSTERIOR A PROCESO SUPERACIÓN DE PROCESO INFECCIOSO. POR OTRA							
PARTE CON REACUADUZACIÓN DE SU PARTE RENAL NO SE DESCARTA ESTAR ASOCIADO A PROCESO OBSTRUCTIVO VIS DEBUT DE SÍNDROME NEFRÓTICO, QUE DE CERTA MANERA PODRÍA INFLUIR COMO							
FACTOR DE RIESGO COMO PREDISPONENTE A INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE CON ADECUADA TOLERANCIA ORAL SE INDICA ALTA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.							
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS							
13/12/2024 ECOABDOMINAL LITIASIS LOCALIZADA EN CUERPO 1.58CM 08/12/2024 WBC 8.33 - NEU 70.4 - HB 10.0 - HCT 30.2 - PLT 87 - CREA 1.04 - TRIGLICÉRIDOS 258.3 - COLESTEROL 200.95 - BT 0.32 - BD 0.13 - BI 0.21 -							
TOD 16.28 - TOP 12.11 - MBLASA 79.45 - UPABA 115.05 08/12/2024 WBC 14.5 - NEU 79.7 - HB 10.8 - HCT 32 - PLT 88 - CULTIVO DE ORINA SIN CRECIMIENTO BACTERIANO 07/12/2024 WBC 13.7 - NEU 88.9 - HB 15.8 - HCT 48.9 -							
PLT 70 - UREA 128.6 - CREA 1.84 - GBA 7.82 - PCO2 165 - PCO2 31.1 - HCO3 19.8 - BEECF -10.6 06/12/2024 ESTEATOSIS HEPÁTICA CII - VESÍCULA HIPERÓFICA + COLELITIASIS WBC 14.9 - NEU 79.7 - HB 10.6 - HCT 32.0 - PLT 88 -							
NA 123.4 - K 3.8 - CL 102.7 05/12/2024 VIH-COEL NEGATIVO 03/12/2024 NA 125.4 - K 4.0 - CL 105 - EMO BACTERIAS +++ / LEUCO 50-60 - WBC 23.43 - NEU 93.8 - HB 11.6 - HCT 36.0 - PLT 283							
E. DIAGNÓSTICO							
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ESTADO 2		N102		X	4		
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES		E112		X	5		
					6		
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE							
FECHA (AAAA-MM-DD)		HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
11/12/2024		13:00	YANIRA	CHAMPANG	CASTRO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1310280548							
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 TERAPEÚTICOS REALIZADOS							
F. DIAGNÓSTICO							
ENFERMEDAD		CDO	PRE	DEF	OTRO		
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			