

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	RAMONA DEL CARMEN	02	07	1946	78 años, 6 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304380684	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AV CHONE QUITO y	098-130-4559 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304380684	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	01	22
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA GENERAL CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL CARVEDILOL 12.5, DIABETES MELLITUS II CONTROLADA EMPAGLIFOZINA, CIRROSIS HEPATICA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO IV. ACUDE HOY A CONTROL, REFIERE QUE EN OCASIONES PRESENTA DOLOR EN EXTREMIDADES INFERIORES AL LEVANTARSE DE ESTAR SENTADA CON RIESGO DE CAIDAS. CAMPOS PULMONARES VENTILADOS Y RUIDOS CARDIACOS NORMALES. PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ALTAS, CON NECESIDAD DE VALORACIÓN POR ESPECIALISTA (NEFROLOGO) PARA AJUSTE DE DOSIS DE ANTIHIPERTENSIVOS Y SEGUIMIENTO DE CASO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON NECESIDAD DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 3	N183		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	12:04	Medicina Rural	RAMIRO PAUL CAMACHO LOZANO	1316938123	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	12:04	Medicina Rural	RAMIRO PAUL CAMACHO LOZANO	1316938123	

