

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	SANTANA	HERLINDA ISABEL	27	04	1952	72 años, 6 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0912753712	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHEQUELANDIA y	099-680-0462 /
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	0912753712	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		Consulta externa	Nefrología	2024	11	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

paciente acude por control médico es hta es diabetica tiene insuficiencia renal se hace controles tiene multiples tratamientos... IRBESARTAN 150MG 1 TAB 8AM CITILCOLINA 500MG 1 TABLETA 9AM LEVODOPA MAS CARVIDOPA 1/2 TABLETA 7AM-2PM-8PM VIA ORAL ARAMONOSAR 1 SOBRE 8AM POR 30 DIAS CONTROL DE GLICEMIAS ANTES DE DESAYUNO Y MERIENDA SI PRESENTA MAS DE 200 LUEGO DE DESAYUNO COLOCAR 4 UI DE INSULINA NPH BICARBONATO DE SODIO 1 GRAMO 12PM

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

para su evaluacion...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	16:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAPE	L42 F40 N119	

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
2024-11-21	16:13	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAPE	L42 F40 N119	

