

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MINAYA	CEDEÑO	ANGEL DOLORES	27	12	1946	79 años, 0 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301992713	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CARRASCO y	098-994-5146 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301992713	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2026	01	15
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 MASCULINO DE 79 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR EDEMA PROGRESIVO EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, ASOCIADO A DIFICULTAD RESPIRATORIA DE ESFUERZOS MÍNIMOS Y SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA LEVE. EL PACIENTE REFIERE DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN URINARIO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. NO REFIERE DOLOR TORÁCICO INTENSO, FIEBRE NI CUADRO INFECCIOSO ACTIVO. ACUDE CON EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS DE MANERA PARTICULAR PARA SU REVISIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HALLAZGOS RELEVANTES EN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS CREATININA ELEVADA: 1.43 MG/DL UREA ELEVADA: 62.3 MG/DL MICROALBUMINURIA MARCADAMENTE ELEVADA: 335 MG/L PLAQUETOPENIA: 123.000 /MM³ LEUCOCITOS LEVEMENTE DISMINUIDOS HDL BAJO: 37.7 MG/DL EXAMEN DE ORINA CON PROTEINURIA POSITIVA HALLAZGOS COMPATIBLES CON COMPROMISO RENAL CRÓNICO CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	N189		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-15	17:21	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	

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
2026-01-15	17:21	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	

