

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GONZALEZ	DE LA CRUZ	ARMANDO GREGORIO	27	06	1955	71 años, 1 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302048846	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SIMBOCAL VIA A SAN VICENTE y	096-976-4203 /
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	1302048846	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2026	07	30
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

MASculino DE 70 años DE EDAD, CON ANTECEDENTE CLINICO DE DISCAPACIDAD FISICA DEL 89%, CARDIOMIOPATICA ISQUEMICA, FA E ICC EN TRATAMIENTO CON AMLODIPINA 10 MG QD, APIXABAN 2.5 MG QD, FUROSEMIDA 40 MG BID, DAPAGLIFOZINA 10 MG QD, CARVEDILOL 6.25 CADA 12H, AL MOMENTO NIEGA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, INDICA SOLICITUD DE REFERENCIA PARA ESPECIALIDAD DE NEFROLOGIA PARA SEGUIMIENTO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL. 0985623368 - 0969764203
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA RENAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA RENAL	I120		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	12:54	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-30	12:54	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	