

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ROMERO	VICENTE MANUEL	29	02	1956	69 años, 8 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302450711	MANABI	TOSAGUA	BACHILLERO	1 DE MAYO y	000-000-0000 /
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	1302450711	BACHILLERO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	11	10
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

ADULTO MAYOR ACUDE POR PRESENTAR EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES DE MAS O MENOS 15 DIAS DE EVOLUCION, QUE SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO PREESCRITO PARA HTA Y DM. SE SUSPENDE AMLODIPINO Y SE ENVIA FUROSEMIDA PARA ELIMINAR RETENCION DE LIQUIDO. SE EVIDENCIA QUE HA DISMINUIDO EL EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REVISAN EXAMENES DE LABORATORIO LOS CUALES REPORTAN: UREA 150, CREATININA 3.83, ACIDO URICO 10.58, TRIGLICERIDOS 226, GLUCOSA 112, PROTEINA EN ORINA 24 HORAS 756.60, VOLUMEN URINARIO 3300

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIORRENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA) E INSUFICIENCIA RENAL	I132		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	09:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	

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
2025-11-10	09:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	