

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REINOSO	VERA	EBER ALFREDO	24	10	1959	66 años, 7 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302805971	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LAS ORQUIDEAS y	098-686-4028 /
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	1302805971	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Nefrología	2026	06	04
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 QUE PRESENTA EDEMA EN EXTREMIDADES INFERIORES EN TOBILLO,FATIGA EXTREMA, TRAE EXAMENES DE SANGRE GLUCOSA 264.4 MG/DL, UREA 85.14, CREATININA 3.16 , HEMOGLOBINA 11.8 GRAMOS, POR LO QUE SE SOLICITA ESPECIALISTA PARA SU DEBIDO TRATAMIENTO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 11.8 GRAMOS SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: PLAQUETAS 191,000 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMATIES 4 MILLONES 170.000 OTROS ANALISIS: HEMOGLOBINA GLICOSILADA 9.4 CREATININA: 3.16 GLUCOSA: 264.4 TRIGLICERIDOS: 180 UREA: 85.1

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON NECROSIS TUBULAR	N170		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-04	14:32	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

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
2026-06-04	14:32	Medicina General	GAITAN AMADOR BARCIA GUERRERO	88	

