

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FALCONES	ALCIVAR	BEATRIZ GENITH	19	10	1959	65 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303124877	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE EUCLIDES ANDRADE y CALLEJON SIN NOMBRE	096-746-0796 / (99)-999-9999
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	1303124877	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2025	03	25
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 clinico

ACUDE CON LAB ENVIADOS POR MEDICO ANTERIOR, 23/3/2025: GB8,59, HB 11.1, HTCT 32.9, PLAQ 322, GLUCOSA 169.85, COL 126.29, TGL 142.40, HDL 40.11, LDL 99, CR 1.4, HB A1C 8,41, UROANALISIS GLUCOSA +, NITRITOS +, LEUCOCITOS +, PROTEINAS EN ORINA 2.84ML/MIN, PACIENTE TIENE DM2 DESDE HACE MAS 7 AÑOS, CON METFORMINA ACTUALMENTE CON METFORMINA 1GR /QD, LOSARTAN 100MG/D, HA REFERIDO DOLOR EN ZONA LUMBAR Y SENSACION DE ESCALOFRIO, ACOMPAÑADO DE DISURIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTADIO 3 B POR CKD EPi SE REFIERE PARA SEGUIMINETO POR ESPECIALIDAD
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 3	N183		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	09:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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