

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	SALAZAR	GIL HUMBERTO	04	03	1957	68 años, 6 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303218521	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SITIO CASAS VIEJAS y	097-884-6698 /
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	1303218521	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	09	12
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 68 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA EN TTO CON LOSARTAN DE 100MG VO QD, AMLODIPINO 5MG VO QD, DM EN TTO METFORMINA 850MG VO QD + INSULINA NPH 20UI AM Y 10 UI PM, ALERGIAS: NO REFIERE, APQX: HIDROCELE QUE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU ESPOSA PARA CONTROL DE ECNT, RETIRO DE MEDICACIÓN Y REVISIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES QUE DEJA FOVEA +/+ +++. AL MOMENTO SE VALORA PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA NI SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA DIABETES. LLAMA LA ATENCIÓN PA EN CONSULTA: 160/90mmhg (PACIENTE REFIERE MAL APEGO AL TRATAMIENTO). . SE REALIZA PRUEBA DE GLICEMIA 2H POSTPANDRIAL EN CS 123MG/DL. TFG CKD EPI 24 .95 ML/MIN/ 7.13M2 ESTADÍO G4. EXAMEN FÍSICO: SE OBSERVA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES CON FOVEA +/+ +++. CRUCES, RESTO DE EXAMEN FÍSICO DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. PLAN NO FARMACOLÓGICO: SE RECOMIENDA DIETA HIPOPROTÉICA, CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA; SE ENVÍA ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO DE CONTROL. PLAN FARMACOLÓGICO: PREVIA CONSULTA CON MF SE MODIFICA ESQUEMA ANTIHIPERTENSIVO A LOSARTAN 100MG VO QD (SE ENTREGAN #60 UNIDADES) + CLORTALIDONA 25MG VO QD (SE ENTREGAN #60 UNIDADES); SE AÑADE FORXIGA (DAPAGLIFOZINA) 10MG VO QD (SIN STOCK, SE EXPLICA A PACIENTE IMPORTANCIA DE CONSUMIR MEDICACIÓN DEBIDO A SU ENFERMEDAD RENAL), ERITROPOYETINA AMPOLLA 1000 UI APLICARSE 1 AMPOLLA SEMANAL DURANTE 8 SEMANAS TODOS LOS DÍAS MIÉRCOLES (SIN STOCK, SE XPLICA IMPORTANCIA DE APLICARSE LA MEDICACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

6/05/2025: Hemoglobina 8.7 / Hematocrito 26.5 / Volumen Corpuscular Medio (VCM) 78.5 / Plaquetas 382 / Glóbulos Blancos 7.07 / Glucosa 128.6 / Hemoglobina Glicosilada HbA1c 4.76 / Urea 60.61 / Creatinina 2.54 / Ácido Úrico 7.36 / Colesterol 178 / Triglicéridos 217.48 / TGO/AST 14.84 / TGP/ALT 13.59 / COPRO Quistes de Ameba Coli + / Sangre Oculta en Heces Negativo / EMO Proteínas Positivo (++) / Bacterias Escasas / Helicobacter Pylori Ab Test Negativo / PCR Cualitativo Negativo.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 4	N184		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-12	11:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-09-12	11:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	