

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	CEDEÑO	MARIA NARCISA	30	10	1962	63 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303400103	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA ELOY ALFARO y SAN CAYETANO	096-766-7640 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303400103	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	12	01
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 REFIERE ANTECEDENTE DE APROXIMADAMENTE 9 AÑOS DE PRESENCIA DE QUISTE EN RIÑÓN E HIGADO, HA TENIDO SEGUIMIENTO EN GUAYAQUIL, ACUDE POR REVISIÓN DE EXAMENES, FUNCIÓN RENAL: 44.61Superficie corporal (m2) FUNCION RENAL DISMINUIDO: G2B MODERADO - SEVERO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: UREA SERICA: 141.22, CREATININA SERICA: 4.77 EMO: FISICO: VOL: 95ML, ASPECTO: FLUIDO TURBIO, COLOR: AMARILLO AMBAR, OLOR: SUI - GENERIS, QUIMICO: ALBUMINA: +, GLUCOSA: +, PROTEINAS 30MG%, PH: 7, HEMOGLOBINA: POSITIVO, DENSIDAD 1005. SEDIMENTO Y MICROSCOPIA: LEU: 60XCAMPO, HEMATIES: 80 X CAMPO, CILINDRO: NO, CRISTALES: NO CEL EPITELIALES: 15 X CAMPO, BACTERIAS: ++

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	N189		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	14:20	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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