

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VERA	JOSE RAYMUNDO	14	01	1951	75 años, 4 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303609737	MANABI	CHONE	CONVENTO	1 DE MAYO y 17 DE ABRIL	098-724-6778 / (05)-302-8665
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	1303609737	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2026	06	03
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 DE 75 AÑOS ACUDE PARA REVISIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO. SE EVIDENCIAN VALORES ELEVADOS DE UREA 105.58 Y CREATININA 2.78 COMPATIBLES ENFERMEDAD RENAL ETAPA 4 TASA DE FILTRADO GLOMERULAR 23.0 ML/MIN/1.73M, ADEMÁS DE HIPERURICEMIA. 8.94 GLUCEMIA ELEVADA QUE REQUIERE CORRELACIÓN CLÍNICA Y CONTROL METABÓLICO. PERFIL LIPÍDICO SIN ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS. EN COPROPARASITARIO SE IDENTIFICA PRESENCIA DE QUISTES DE ENTAMOEBA HISTOLYTICA, COMPATIBLE CON PARASITOSIS INTESTINAL. PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NEFROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENFERMEDAD RENAL ETAPA 4 TASA DE FILTRADO GLOMERULAR 23.0 ML/MIN/1.73M, ADEMÁS DE HIPERURICEMIA. 8.94

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-03	09:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-06-03	09:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	