

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BUSTE            | MACIAS           | PEDRO PABLO MILAGRO | 01                  | 07  | 1957 | 68 años, 8 meses, 17 días | Hombre  |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303692832        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | SAUCES 2 y                   | 097-988-4761 /       |
| 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                 | 1303692832      | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Nefrología   |  | 2026  | 03  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTO MAYOR CON APP DE ECV, ENFERMEDADES CRONICAS HTA; TERAPIA TRIPLE LOSARTAN 100 MG + CLORTALIDONA 12.5MG + AMLODIPINO 5 MG, ERC ETAPA 3B CON SUSUPENSION DE LA MEDICACION. ACTUALMENTE ACUDE A CONSULTA POR CONTROL DE REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO EN EL CUAL SE EVIDENCIA INSUFICIENCIA EN FUNCION DE SUS RIÑONES CKD- EPI 42ML/MIN/1.73 M2 ALBUMINURIA <30 MG. EXAMEN FISICO: FASCIES Y MUCOSAS PALIDAS, RSCS: RITMICOS Y FONETICOS, MII: NO EDEMA DISMINUCION EN FUERZA EN BRAZO Y PIERNA IZQUIERDA, MARCHA ATAXICA. EXAMENES DE LABORATORIO: 16/03/26A. GLOBULOS ROJOS: 3.650 HB: 11.6 HCT: 33.1 UREA: 78 MG/DL CREATININA: 1.75 MG/DL. CKD- EPI 42ML/MIN/1.73 M2 ESTADIO 3 B A1. PLAN FARMACOLOGICO: LOSARTAN 100 MG CADA DIA ( AUN DISPONE DE MEDICACION) CLORTALIDONA 25 MG ( 60) DAPAGLIFOZINA 10 MG CADA DIA DESPUES DE ALMUERZO, ERITROPOYETINA 400UI APLICAR SUBCUTANEA PASANDO 2 SEMANAS DURANTE 2 MESES, SIMVASTATINA 20 MG 8 PM CLOPIDOGREL 75 MG DESPUES DE ALMUERZO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GLOBULOS ROJOS: 3.650 HB: 11.6 HCT: 33.1 ACIDO LACTICO: UREA: 78 MG/DL CREATININA: 1.75 MG/DL.

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 09:26 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 09:26 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

