

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMEO	ROSADO	RAMON AUXILIO	22	09	1959	66 años, 7 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303776833	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE CESAR OVIDIO VILLAMAR y	098-706-8937 /
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	1303776833	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Nefrología		2026	05	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 66 AÑOS DE EDAD, CON DISCAPACIDAD FISICA 70% CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE 20UI SC MEDIO DIA CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LARGA DATA SIN TRATAMIENTO EN LA ACTUALIDAD PRESENTA ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL QUE REQUIERE TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL CON HEMODIALISIS TRISEMANAL LUNES, MIERCOLES Y VIERNES EN CHONE PACIENTE SE ENCUENTRA CON FISTULA AV ACTIVA EN BRAZO DERECHO. REQUIERE RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE REFIERE CEFALEA INTENSA, PRESENTA HTA, DIABETES MELLITUS Y SE REALIZA DIALISIS NECESITA ANEXO 02

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 5	N185		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-12	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	

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 clínico

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
2026-05-12	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	DORIS GISSELA MEZA MENENDEZ	1312542051	