

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	BAZURTO	JUANA EVANGELINA	19	06	1950	75 años, 10 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303854796	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	CIUDADELA MALAMBO y CALLE SAN PEDRO	093-995-5789 /
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	1303854796	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2026	05	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTA MAYOR DE 75 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL DE COMORBILIDAD HTA EN TRATAMIENTO ACTUAL LOSARTAN 100MG QD CARVEDILOL 25MG QD ; ADEMÁS DE DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 1 GRAMO DIA, TOMA MEDICACIÓN HABITUAL: ARTROSAMIN (GLUCOSAMINA, CONDROTIN Y COLAGENO), ALENDRONATO SODICO 1 CADA 8 DIAS . ADEMAS CON APP DE EPILEPSIA CON TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA 50 MG CADA 8 HORAS, MIRTAZAPINA 15 MG DIA, CITICOLINA 100 MG DIA. FILTRADO GLOMERULAR 43.3 ML/MIN. TELEFONO 0980226551

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEMOGLOBINA 12.8 G/DL PLAQUETAS 242.000 GLUCOSA 101.4 MG/DL CREATININA 1.22 MG/DL UREA 39.36 MG/DL MICROALBUMINURIA 5.34 MG/DL
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	