

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	VERA	DORIS MARIA	02	03	1961	65 años, 2 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303910176	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	098-938-0433 /
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	1303910176	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2026	05	05
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 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE GASTRITIS CRÓNICA, AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, REFIERE QUE SE REALIZÓ ECOGRAFIA QUE PRESENTA HIPOTROFIA RENAL BILATERAL, MENCIONA QUE ANTES NO HABÍA ALTERACIÓN. SE REALIZA REFERENCIA CON NEFROLOGÍA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: UREA: 29. CREATININA: 0.77 ULTRASONIDO: ENFERMEDAD PARENQUIMATOSA HEPATICA DIFUSA, ESTEATOSIS MODERADA, LIPOMATOSIS PANCREATICA, HIPOTROFIA RENAL BILATERAL, LITIASIS RENAL BILATERAL, COLITIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOPLASIA RENAL, BILATERAL	Q 604	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	12:28	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA

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
2026-05-05	12:28	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	