

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	HORMAZA	FRANCISCO TRINIDAD	06	11	1953	71 años, 4 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304078692	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS MERCEDES y EUGENIO ESPEJO	098-180-5883 /
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	1304078692	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	2025	03	25
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 71 AÑOS CON APQX DE LITOTRICIA HACE UN AÑO, PRÓTESIS DE CADERA HACE 3 MESES, CON CUADRO PERSISTENTE DE DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO Y FOSA ILIACA DERECHA QUE SE IRRADIA A REGIÓN LUMBAR DERECHA.AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN GLOBULOSO DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO Y PUÑOÈRCUSION POSITIVO, EN ESPERA DE REFERENCIA PARA UROLOGIA. TRAE EXAMENES REALIZADOS EL 23/03 QUE REPORTAN UREA 209 Y CREATININA 8.10

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES REALIZADOS EL 23/03 QUE REPORTAN UREA 209 Y CREATININA 8.10

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES AGUDAS	N178		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	09:19	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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
2025-03-25	09:19	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	