

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ALVAREZ          | MOREIRA          | WASINTON BIENVENIDO | 19                  | 07  | 1963 | 62 años, 7 meses, 26 días | Hombre  |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                     | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304161712        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AVENIDA CARLOS ALBERTO ARAY y | 098-436-0200 /      |
| 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                 | 1304161712      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Nefrología   | 2026  | 03  | 17  |
| 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

SE REALIZA CONTROL MEDICO A PACIENTE CON DIABETES E HTA, QUIEN TIENE ENFERMEDAD RENAL CRONICA, CRETAININA PREVIA 1.8 MG AHORA 2.10 MG, EN TRATAMIENTO HACE DOS MESES CON EVOGLIPTINA 5 MG CADA DIA, EMPAGLIFOZINA 25 MG CADA DIA, GLUCOSA PREVIA EN 240 MG AHORA 114 MG, REFIERE QUE SE HA SENTIDO MEJOR CON LA MEDICACION ANTES INDICADA, ES HTA EN MANEJO CON LOSARTAN 50 MG CADA DIA, PACIENTE QUIEN AMERITA MAS NEFROPROTECCION AÑADO FIRENENONA 20 MG CADA DIA AM MAS BICARBONATO Y SEGUIMIENTO NEFROLOGIA, IFG 32 ML/MIN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ELEVACION AZOADAS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES RENALES | E112   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-17 | 08:41 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 |  |

Firmado electrónicamente por:  
ALBERTO JOSE  
ZAMBRANO ALCIVAR  
Validar únicamente con FirmaEC

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-17 | 08:41 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 |       |