

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DOMO	MENDOZA	NELLY MARLENE	03	07	1961	63 años, 4 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304725995	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	099-311-6277 /
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	1304725995	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología	2024	11	21
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 ☐

CKD EPI 58 ML/MIN/1.73
COCIENTE ALB/CRE 15.18

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON HIPERTENSION DE LARGA EVOLUCION MEDICADA CON LOSARTAN TABLETA 100 MG - AMLODIPINO TABLETA 5 MG. CON NEFRECTOMIA IZQUIERDA POR LITIASIS RENAL CON FILTRADO GLOMERULAR CKD-EPI 58 ML/MIN/1.73 M2. SE REALIZA LABORATORIO EL CUAL INFORMA: CREATININA: 1.07 ESTADIO RENAL, G3a COCIENTE ALBÙMINA / CREATININA 15.18. TELÉFONO 0980108027

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FILTRADO GLOMERULAR CKD-EPI 58 ML/MIN/1.73 M2. SE REALIZA LABORATORIO EL CUAL INFORMA: CREATININA: 1.07 ESTADIO RENAL, G3a COCIENTE ALBÙMINA / CREATININA 15.18.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	10:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-11-21	10:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	