

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	MERO	JOSE APARICIO	01	12	1965	60 años, 4 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304864679	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCEDES y ROCAFUERTE	0993567212 / (05)-236-0111
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	1304864679	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	04	02
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 MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE 82% Y APP DE DM EN TTO ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU ESPOSA, DESCANSA EN POSICIÓN SENTADA POR USO PERMANENTE DE SILLA DE RUEDAS, SOLICITA REFERENCIA PARA NEFROLOGIA, TRAE REFERENCIA INVERSA EMITIDA POR LA NEFROLOGA QUIEN INDICA SEGUIMIENTO EN NAPOLEON DAVILA DE CHONE, ESPOSA REFIERE QUE HACE UNOS MESES ATRAS ESTUVO HOSPITALIZADO POR 7 DIAS CON IVU COMPLICADA POR PSEUDOMONA, PACIENTE CON UNA TFG DE 24.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS Y COMPLEMENTARIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 4	N184		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-02	10:16	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-04-02	10:16	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

Firmado electrónicamente por:
MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO
Validar únicamente con FirmaEC