

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MOREIRA          | MOREIRA          | GEORGINA DORALIZA | 03                  | 06  | 1967 | 58 años, 3 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1305216044        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | RIO SANTO y                  | 000-000-0000 /      |
| 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                 | 1305216044      | RICAUARTE                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Nefrología   |  | 2025  | 09  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTA MADURA QUE ACUDE CON ANTECEDENTES DE HTA DESDE HACE 2 AÑOS DE EVOLUCION TRATADA CON LOSARTAN 100 MG CADA DIA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE HACE 20 AÑOS TRATADA ACTUALMENTE CON METFORMINA 850 MG CADA DIA PACIETE INDICA QUE HA VENIDO SUFRIENDO CUADDROS DE ANEMIA SEVERA QUE HAN LLEGADO A LAS TRANSFUCIONES. SIN EMBARGO NO VE MEJJORIA EN SU CUADRO CLINICO ACTUUALMENTE PACIENTE SE RPESENTA PALIDA REFIERE CANSANCIO EXTREMO DIFICULTAD PARA CAMINAR, MALESTAR GENERAL. ACUDE CON EXAMNES DE LABORATORIO DONDE SE OBSERVA UNA ANEMIA MODERADA UNA FUNCION RENAL DISMINUIDA CON UN FILTRADO GLOMERULAR DE 25.6 ML POR LO CUAL SE DECIDE CAMBIAR TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRONICAS. SE INICIA INSULINA Y AMLODIPINO 10 MG

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Negativo Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Negativo PCR Cualitativo Negativo COPROLOGICO: COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCOPICO Color Negro Consistencia Pastosa EXAMEN COPROPARASITARIO Parásitos No se observan parásitos Método: Microscopía Helicobacter Pylori en Heces Positivo Método: Inmunocaptura Sangre Oculta en Heces Negativo BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 3.05 10<sup>6</sup>/μL 4 - 6 Hemoglobina 8.9 g/dL 13 - 17 Hematocrito 27.6 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 90.6 μm<sup>3</sup> 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.2 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.2 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.8 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 45.6 μm<sup>3</sup> Plaquetas 240 10<sup>3</sup>/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.28 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 11.5 μm<sup>3</sup> 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 15.9 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 86 10<sup>3</sup>/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 35.9 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.55 10<sup>3</sup>/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 33.4 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 51.3 % 55 - 65 Monocitos (%) 7.2 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 7.5 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.6 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.86 10<sup>3</sup>/μL 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 4.38 10<sup>3</sup>/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.62 10<sup>3</sup>/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.64 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 10<sup>3</sup>/μL 0 - 0.2 EMO: ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Turbio Densidad 1015 pH 5.0 Leuco 75 Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 18 - 24 / Campo Píocitos 30 - 35 / Campo Células Epiteliales 4 - 7 / Campo Bacterias ++++ GLUCOSA: Glucosa 150.8 mg/dL 70 - 110 Urea 127.27 mg/dL 10 - 50 Creatinina 2.08 mg/dL 0.6 - 1.1 Colesterol 272.3 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 423.4 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 23.86 U/L 0 - 31 TGP/ALT 60.05 U/L 0 - 32

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA | N19X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-11 | 09:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-11 | 09:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |