

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	MARCILLO	MARIA TRINIDAD	03	12	1956	69 años, 7 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305226738	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SANTA TERESITA y	097-998-7736 /
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	1305226738	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología	2026	07	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON DISCAPACIDAD FISICA 76% PACT CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA NPH 28-0-18, VIDAGPLIPTINA 50 MG, METFORMINA 500 MG, INFARTO CEREBRAL, COVID19 HACE 3 AÑOS, CIRUGÍAS: REPARACIÓN DE VEJIGA POR VEJIGA PERFORADA, ACUD EN COMPAÑIA DE SU FAMILIAR QUIEN MENCIONA QUE PACIENTE PRESENTA DESDE HACE APROXIMADAEMNTE 6 MESES CON DOLOR ABDOMINAL DE MODERADA INTENSIDAD, AL EXAMEN FISICO LLAMA LA ATENCIÓN PROTRUCIÓN EN ZONA ABDOMMINAL- UMBILICAL, Y EL LABORATORIOS CON CREATININA DE 2.5 MG/DL CON FILTRADO DISMINUIDO, AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD. TELEFONO 0994604278

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEMOGLOBINA 11.3 G/DL HEMATOCRITO 35.6 % PLAQUETAS 339.000 GLUCOSA 196 MG/DL UREA 57 MG/DL CREATININA 2.51 MG/DL COLESTEROL 219 MG/DL TRIGLICERIDOS 355 MG/DL AST 62 U/L ALT 58 U/L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 2	N182		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-15	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-15	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

