

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	CUSME	BELLA MARIA	24	12	1960	65 años, 1 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305379529	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA MARIO LOOR y	093-991-7298 / (99)-999-9999
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	1305379529	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	02	13
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

☐

NOS E CUENTA CON INFORMACIÓN DE HISTORIAL DE PACIENTE ATENDIDA EN HNDC

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DIABETICA ACUDE POR QUE PRESENTA GRANULACIONES A NIVEL DE EXTREMIDADES INFERIORES LAS CUALES SON PRURIGINOSO, SE OBSERVA EDEMA DE GRAN MAGNITUD LO QUE OCASIONA DOLOR EN EXTREMIDADES INFERIORES, SE REvisa EXÁMENES DEL 10/2/2026 SE EVIDENCIA GLUCOSA 118, CREATININA 2.02, AC. UROCO 4.61Y ELEVACIÓN DE COLESTEROL 303.1, SE REALIZA IFG 34.62 (GRADO 3B F.G. MODERADA O SEVERAMENTE DISMINUIDO) HB 10.2. PACIENTE LLEVA CONTROL EN DIABETOLOGÍA EN HNDC Y NO RECUERDA TRATAMIENTO IMPARTIDO EN DICHA INSTITUCIÓN. POR LO QUE SE HACE DIFÍCIL EJECUTAR MODIFICACION DE TRATAMIENTO.- SE RECOMIENDA REFEENCIA A NEFROLOGIA DEBIDO A QUE NO TENEMOS ACCESO A SISTEMA DE HOSPITAL PARA SEGUIMIENTO DEL CASO.- ADEMAS NO CONTAMOS CON ECOGRAFO PARA ECO RENAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRIA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 3.36 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 10.2 g/dL 13 - 17 Hematocrito 30.5 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 90.8 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 30.4 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 33.4 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.1 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 46.4 μm³ Plaquetas 464 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.46 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 12 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) 115 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 24.7 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.05 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 30.5 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 48.3 % 55 - 65 Monocitos (%) 10.3 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 9.9 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 1 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.46 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 3.88 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.83 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.8 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.08 10³/μL 0 - 0.2 ACIDO LACTICO: Glucosa 118.6 mg/dL 70 - 110 Creatinina 2.02 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.61 mg/dL 2.4 - 6 Colesterol 303.1 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 287.2 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 21.93 U/L 0 - 31 TGP/ALT 13.25 U/L 0 - 32

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA	N179	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	 Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ Validar únicamente con FirmaMédica
2026-02-13	09:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

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
2026-02-13	09:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	