

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELIZ            | CUSME            | BELLA MARIA | 24                  | 12  | 1960 | 65 años, 2 meses, 15 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            | 098-892-2340 / (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  | 03  | 11  |
| 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 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. URICO 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.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CREATININA 2.02

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                          |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-03-11 | 09:06 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ</b><br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-11 | 09:06 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |

