

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	LAAZ	INES DE LA TRINIDAD	09	07	1953	72 años, 11 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305824722	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SNA ROQUE ABAJO y TOSAGUA	098-105-0782 /
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	1305824722	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	06	30
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 DE 72 AÑOS DE EDAD, CUIDADORA DE PCD, CON APP: HTA TRATADA CON LOSARTAN DE 100MG EN LA MAÑANA Y AMLODIPINO DE 5MG. AL MOMENTO NO REFIERE NINGÚN SIGNO CLÍNICO DE RELEVANCIA. AFEBRIL. ESTABLE HEMODINAMICAMENTE. FILTRADO GLOMERULAR DE 50.1 ML/MIN POR CKD-EPI, RIESGO CARDIOVASCULAR 9% MODERADO. TELEFONO 0981050782

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEMOGLOBINA 14.8G/DL HEMATOCRITO 38.4% PLAQUETAS 219..000 GLUCOSA 90 MG/DL UREA 34 MG/DL CREATININA 1.1 MG/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 3	N183		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	11:08	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
2026-06-30	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	