

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELEZ            | BAZURTO          | JOSE DISNEY | 29                  | 05  | 1965 | 59 años, 8 meses, 19 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306014851        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | SAN PABLO DE TARUGO y        | 098-708-7131 /      |
| 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                 | 1306014851      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Nefrología   | 2025  | 02  | 17  |
| 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

PACIENTE DE 59 AÑOS 8 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL POR ECNT. APP: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100 MG, DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDIENTE. PACIENTE REFIERE DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO EL CUAL IRRADIA A ZONA LUMBAR, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIO. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. COLABORA CON EL INTERROGATORIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. SE INDICA ECOGRAFIA Y UROANALISIS. TRAE RESULTADOS DE EXAMEN DE LABORATORIO GLUCOSA 139 MG/DL, UREA 87 MG/DL, CREATININA 2 MG/DL, SOLICITA REFERENCIA PARA LA ESPECIALIDAD DE NEFROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA 139 MG/DL, UREA 87 MG/DL, CREATININA 2 MG/DL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA | N189   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2025-02-17 | 09:29 | Medicina Rural | IRMA MARIA VERA PONCE  | 1312499682 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2025-02-17 | 09:29 | Medicina Rural | IRMA MARIA VERA PONCE  | 1312499682 |       |