

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	NEY	ALDEMI	05	07	1961	64 años, 0 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306196476	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO SABE y	098-043-4063 /
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	1306196476	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	2025	08	04
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

PACINETE CON DISCAPACIDAD FISICA POR SECUELAS DE ECV, DIABETICO E HIPERTENSO CONTROLADO CON LOSARTAN 100MG CLORTALIDONA 25MG, VARVEDILOL 12,5MG, CLOPIDOGREL 75MG CADA DIA, INSULINA NPH 20UI CADA DIA, SE REVISAN EXAMENE SLOS CUALES EVIDENCIA FUNCION RENAL ALTERADA YA QUE CREATININA ESTA EN 1.85, AC. URICO 8.01, UREA 76.91. A NIVEL DE ORINA PRESENTA GLUCOSA EN ORINA. INDICEDE FILTRADO GLOMERULAR 38.51 (ETAPA III), SESOLICITA REALIZAR NUEVAMENTE ESTUDIOS DE FUNCION RENAL. HB 12.2. HCTO 34.9. VCM 82.7.- SE SOLICITA GLUCOSA CAPILAR PARA CALCULAR DOSIS DE INSULINA PERO GLUCOMETRO MARCA ERROR.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: Urea 76.91 mg/dL 10 - 50 Creatinina 1.85 mg/dL 0.7 - 1.4 Ácido Úrico 8.01 mg/dl 3.4 - 7 TGO/AST 28.76 U/L 0 - 38 TGP/ALT 26.38 OTROS ANALISIS: Recuento de Glóbulos Rojos 4.22 10^6/μL 5 - 6.5 Hemoglobina 12.2 g/dL 14.5 - 18.5 Hematocrito 34.9 % 45 - 55 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 82.7 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 28.9 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 35 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.9 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs) 40 μm³ Plaquetas 372 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.36 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.7 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 12 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 84 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 22.6 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 4.51 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 31.1 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 53.9 % 55 - 65 Monocitos (%) 8.3 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 5.7 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 1 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.4 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 2.43 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.37 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.26 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 UROANALISIS: Color Amarillo Aspecto Transparente Densidad 1010 pH 6.0 Leuco Negativo Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa 50 mg/dl mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Píocitos 0 - 1 / Campo Hematíes 0 - 2 / Campo Células Epiteliales 1 - 2 / Campo Bacterias Escasas

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-08-04	15:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ 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
2025-08-04	15:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	