

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ESMERALDAS	CONCEPCION DAMIANA	15	12	1950	74 años, 7 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306780949	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	24 DE MAYO y RAYMUNDO AVEIGA	099-684-9939 /
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	1306780949	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	07	17
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 DE 74 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL MAS DIABETES INSULINO DEPENDIENTE, TRAE EXAMENES DE LABORATORIO PARA SU REVISION, AL MOMENTO ASINTOMATICA, LLAMA LA ATENCION VALORES ELEVADOS DE UREA Y CREATININA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 2.47 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 8.2 g/dL 13 - 17 Hematocrito 25.5 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 103.3 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 33.2 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.2 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 50.4 μm³ Plaquetas 257 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.26 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.2 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 12.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) 66 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 25.5 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 5.88 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 43.3 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 44.8 % 55 - 65 Monocitos (%) 8 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 3 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.9 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.55 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 2.63 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.47 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.18 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.05 10³/μL 0 - 0.2 QUÍMICA: Glucosa 140.0 mg/dL 70 - 110 Urea 69.80 mg/dL 10 - 50 Creatinina 2.05 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.34 mg/dL 2.4 - 6 Colesterol 210.4 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 207.8 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 21.71 U/L 0 - 31 TGP/ALT 12.98 U/L 0 - 32 UROANÁLISIS: ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Turbio Densidad 1010 pH 7.0 Leuco 500 Leuco/uL Nitritos Positivo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Positiva (+) Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCÓPICO Píocitos ABUNDANTE / Campo Hematíes 9 - 13 / Campo Células Epiteliales 18 - 22 / Campo Bacterias +++ Cristales de Fosfatos Triples + Cristales de Fosfatos Amorfos +++

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-17	08:56	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA 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 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