

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VIDAL            | MARCILLO         | SANTA ENCARNACION | 26                  | 05  | 1948 | 76 años, 9 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306898147        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | CALLE SN y                   | 098-676-7879 /       |
| 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                 | 1306898147      | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Nefrología   |  | 2025  | 03  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

MUJER DE 75 AÑOS CON APP DE TB PULMONAR HACE 10 AÑOS, HTA CRÓNICA CONTROLADO CON LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS, INSUFICIENCIA CARDIACA: CARVEDILOL 25MG VO QD, DM 2 TRATADO CON INSULINA NPH 18 UI AM, HIPOTIROIDISMO TRATADO CON LEVOTIROXINA 50 MCG VO LUNES A JUEVES, VIERNES-SAB- DOM 100 MCG. NEUROPATIA DIABETICA AMPUTACIONDE 3 DEDO DE PIES IZQUIERDO HACE TRES AÑOS. ERC: ERITROPOYETINA 1 VEZ A LA SEMENA, BICARBONATO DE CALCIO 1 VEZ AL DIA, COMPLEJO B + ACIDO FOLICO 1 TABLETA DIARIA. ADULTA MAYOR CON DIFICULTAD VISUAL BILATERAL ENFERMEDAD RENAL ETAPA 3 NO DIALITICA, PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADPO POR DISNEA DE LEVES A MODERADOS ESFUERZOS. PALIDEZ GENERALIZADA. EDEMA DE MIEMBRIS INFERIORES +.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AGENDAMIENTO DE EXAMENES DE LABORATORIOS

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-11 | 22:32 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-11 | 22:32 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

