

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	ZAMBRANO	TEMPORA DEL CARMEN	08	01	1961	64 años, 6 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	1306979921	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	096-295-7668 / (05)-302-7758
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	1306979921	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2025	07	21
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 REFIERE ANTECEDENTE DE HTA Y DM2, ADEMAS ESCOLIOSIS , REFIERE ANTECEDENTE DE CAIDAAS DESDE SU PROPIA ALTURA, REFIERE DOLOR DORSOLUMBAR QUE SE ACENTUA CON LA ACTIVIDAD FISICA, SUELE INYECTARSE DOLONEUROBION CON EL CULA VE MEJORA, PACIENTE ESTUVO INGRESADA DEBIDO A CUADRO DE HIDRONEFOSIS, AL MOMENTO CONTROLADA. PACIENTE CONOCIDA POR EL AREA DE NEFROLOGIA ACUDE POR CONTROL DE ESPECIALIDAD DEBIDO A ECNT, SOLICITA REFERENCIA CON EL AREA DE NEFROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CONOCIDA POR EL AREA DE NEFROLOGIA ACUDE POR CONTROL DE ESPECIALIDAD DEBIDO A ECNT, SOLICITA REFERENCIA CON EL AREA DE NEFROLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HIDRONEFROSIS Y LAS NO ESPECIFICADAS		N133		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	11:36	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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