

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARAUZ	RIVAS	VICENTA YNDELIRA	27	09	1976	49 años, 8 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308274503	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA SAN ANTONIO y SD	098-523-6611 /
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	1308274503	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2026	06	01
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	☐	ERC	
		G3B A3	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE HACE 10 DÍAS DEJA DE TOMAR MEDICACIÓN PARA HTA, DM2 E IRC, TRAE LABORATORIOS QUE MUESTRAN GLUCOSA EN AYUNA DE 248 CT 244.5 TG 250.1 GLICOSILDAD 14.9 (PACIENTE NO ACEPTO INSULINA EN CONSULTA PASADA NI TAMPOCO ACEPTABA EN ESTA CONSULTA) UREA 86 CREATININA 1.67 FG 41.21 EMO CON PROTEUNIURIA 500 MG ALBÚMINA + + +, ANTEIORMENTE MEDICADA CON METFORMINA Y FIRIALTA + GLICLAZIDA, SE INDICARÁ NUEVAMET INSULINA+ ESTATINAS + DAPAGLIFLOZINA+ FINERENONA. AL EXAMEN FÍSICO, ABDOMEN ABULTADO, DOLOROSO A LA PALPACIÓN PRFUNDA EN MARCO CÒLICO DERECHO E IZQUIERDO, RH PRESENTES. EDEMA DE MMII BILATERAL. A LA AUSCULTACIÓN RUIDOS PULMONARES CON CREPITANTES Y SIBILANCIAS, ESPUTO NEGATIVO, SE MANEJA CON B2. SE ENVIA ESTUDIOS. CHAVARRIAALEXANDRA861@GMAIL.COM

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	15:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	15:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	