

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | BRAVO            | BETTY MARIBEL | 30                  | 10  | 1973 | 51 años, 2 meses, 28 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308306412        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | LAS DELICIAS y               | 096-147-7946 /      |
| 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                 | 1308306412      | 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  | 01  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

ADULTA MEDIA CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL SIN CONTROLES PREVIOS DE ENFERMEDAD DESDE HACE UN AÑO, HACE UN MES SE LE INSTAURA MEDICACION CON LOSARTAN 50 MG BID+ CLORTALIDONA 25 MG CADA DIA CON REPORTES DE VALORES DE TENSION ARTERIAL ALTOS, SE REVISAN EXAMENES DE LABORATORIO CON ALTERACION IMPORTANTE EN FUNCION RENAL UREA 96.59, CREATININA 4.95, DISMINUCION DE GLOBULOS ROJOS, HB Y HCTO, ELEVACION DE ACIDO URICO: 8.91 TASA DE FILTRADO GLOMERULAR CKD- EPI 11ML /MIN/1.73M2 ETAPA 5 DE INSUFICIENCIA RENAL PACIENTE PARA TRATAMIENTO DE DIALISIS. PLAN FARMACOLOGICO: LOSARTAN 100 MG CADA DIA CLORTALIDONA 25 MG, ERITROPOYETINA SUBCUTANEA. REFERENCIA A NEFROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Glucosa 91.79 mg/dL 70 - 110 Urea 96.59 mg/dL 10 - 50 Creatinina 4.95 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 8.91 mg/dl 2.4 - 6 Colesterol 123.5 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 112.19 mg/dL 0 - 150 Colesterol HDL 33.49 mg/dL Colesterol LDL Calculado 67.57 mg/dL Colesterol LDL 96.63 mg/dL TGO/AST 9.16 U/L 0 - 31 TGP/ALT 12.63 U/L 0 - 32

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 5 | N185   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-27 | 08:30 | 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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-27 | 08:30 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

