

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	DELGADO	JOSE EDUARDO	16	05	1975	50 años, 2 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308370087	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-216-3685 /
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	1308370087	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		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

☐

HTA - DM2 - IRC
NO DIALÍTICA

3. Resumen del cuadro clinico

paciente con HTA MEDICADO CON LOSARTAN 100 MG AMLODIPINO 10 MG CLORTALIDONA TABLETA 25 MG METFORMINA 500 MG QD PARA DM2 LA CUALTIENE DESDE HAEC 15 AÑOS, LLAMA LA ATENCIÓN ELEVACIÓN DE CREATININA EN 2.34 LO CUAL LE DA UN FG DE 31.26 SEGUN CKD-EPI, NO TRAJE IONOGRAMA Y EL INDICE ALB/CREATININA, MANTIENE SEGUIMIENTO POR NEFROLOGÍA. SE INDCÓ EN CONSULTAS ANTERIORES ESTATINAS QUE NO ESTABA TOMANDO Y ISGLT2. 0962163685 TIENE PENDIETE ECOGRAFIA DE PROSTATA, RENAL Y NUEVOS LABORATORIOS.

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
2025-07-21	13:55	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
2025-07-21	13:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

