

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MINAYA	MOREIRA	YOCONDA MARIBEL	10	05	1973	52 años, 7 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308374824	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO CIRIACO 2 y CIRIACO 2	093-904-6050 /
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	1308374824	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	12	19
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 CON APP DE DM TIPO 2 + HTA DE 7 AÑOS DE EVOLUCION , ACUDE EN BUSCA DE REFERENCIA PARA NEGFROLOGIA YA QUE PRESENTA CIFRAS DE UREA Y CREATININA ELEVADAS , POR LO QUE SE REFIERE CON NEFROLOGIA A HOSPI TAL DE MAYOR COMPLEJIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA	N179		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-19	10:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

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 clínico

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
2025-12-19	10:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	