I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ZAMBRANO	MARIA ESPERANZA	15	05	1978	46 años, 4 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309671376	MANABI	CHONE	CONVENTO	AVE CARLOS ALBERT ARAY y GLORIA FIGUEROA	099-846-9048 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 digitos	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	1309671376	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología	2024	09	20
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 clinico

PACIENTE FEMENINO DE 46 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: DMT2 Y HTA ,AL MOMENTO ACUDE POR REFERENCIA PARA VALORACION POR NEFROLOGIA EN SEGUIMIENTO POR EL MISMO AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTA, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. SE REALIZA TABLA GERIÁTRICA. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. , EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, EDEMA ++ . MUCOSAS, HIDRATADA PLAN SE ENVIA REFERENCIA A NEFROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION SECUNDARIA A OTROS TRASTORNOS RENALES	I151		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-20	12:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	Firmado electrónicamente por: MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO

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