

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BONINO           | ZAMBRANO         | ALFREDO MILTON | 01                  | 10  | 1974 | 51 años, 9 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309680013        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SITIO CIRIACO 1 y            | 099-198-7103 /       |
| 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                 | 1309680013      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Nefrología   | 2026  | 07  | 30  |
| 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

SE REALIZA CONTROL A PACIENTE CON DIABETES E HTA QUIEN ADEMAS TIENE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, EN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON NEFROLOGIA, FERRO B FOLIC, ILTUX HCT 40-12.5 CADA DIA, INSULINA JUSLIN N 16 UI AM Y 8 UI PM, FORXIGA 10 MG CADA DIA, FIRIALTA 20 MG CADA DIA , SE REVISAN EXÁMENES Y VALORES FUNCIÓN RENAL SIGUEN AUMENTANDO POR LO QUE A PESAR DE TODO EL ESQUEMA TERAPÉUTICO CUADRO RENAL NO MEJORA, ADEMAS PACIENTE NO TIENE BUENA ADHERENCIA A ALIMENTACION SALUDABLE.- TAMIZAJE PARA VIOLENCIA NEGATIVO IDICA DE COCKROFT-GAULT 26.42ML/MIN IRC ETAPA 4 DESCENSO SEVERO DE F.G.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HB 10.6, HCTO 32.0 OTROS ANALISIS: GLUCOSA 80.32 // HBA1C 4.5 // UREA 118.45, CREATININA 4.07. ACIDO URICO 10.59, COLESTEROL 192.04, TRIGLICERIDOS 70.69, TGO 12.21, ALT 41.41

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 4 | N184   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-30 | 10:42 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-30 | 10:42 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |

