

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ZAMBRANO	OMAR ENRIQUE	14	09	1981	43 años, 11 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309863213	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BARQUERO 1 y LA ESPERANZA	098-804-4586 /
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	1309863213	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		2025	08	27
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 MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL MEDICADO CON LOSARTAN 50 MG, MAL CONTROLADO, NO TOMA MEDICACIÓN DIARIA, ANTECEDENTE DE HERIDA DE ARMA DE FUEGO EN EL 2001, QUE AFECTÓ RIÑÓN DERECHO, PACIENTE MONORRENO DESDE ENTONCES, REFIERE QUE OCASIONALMENTE PRESENTA DOLOR LUMBAR IZQUIERDA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUSENCIA ADQUIRIDA DE RIÑON

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUSENCIA ADQUIRIDA DE RIÑON	Z905		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	10:14	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	



Diana Kathiusca Zambrano Andrade

Time Stamping Security Data

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
2025-08-27	10:14	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	