

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	MACIAS	ANGELA ROSA	20	09	1979	45 años, 1 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310204076	MANABI	CHONE	CANUTO	TARUGO y X	095-879-8728 /
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	1310204076	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2024	11	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA. APP: LITIASIS RENAL, HTA. TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MD QD. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: 1 OPERACION DE INTESTINO (NO ESPECIFICA) 2 OPERACIONES EN RIÑONES, 1 CESARIA. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA NI NEUROLOGICA, REFIERE DISURIA. PACIENTE ACTIVA Y COLABORADORRA, AFEBRIL, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. NO SIGNO DE ALARMA. TRAE CONSIGO EXAMENES DE LABORATORIO: REFIERE INFECCION DE VIAS URINARIAS SE LE INDICA ANTIBIOTERAPIA. (27/09/2024): UREA: 91. CREATINA 2,2. FILTRADO FLOMERULAR: 28.6 C-G (ML/MIN) GRAVEMENTE DISMINUIDO. (29/09/2024) UREA: 52. CREATINA: 1,4. FILTRADO GLOMERULAR 44.94 C-G (ML/MIN). MODERADAMENTE DISMINUIDO. SE REALIZA REFERENCIA PARA ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: UREA: 52. CREATINA 1,4. SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: UREA: 91. CREATINA 2.2 UROANALISIS: BACTERIAS(+++) HEMATIES 20-25 XC)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA	N19X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-08	05:56	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-11-08	05:56	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

