

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CABAL	SIDEIRA BIENVENIDA	28	08	1973	52 años, 3 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310281181	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	098-986-1313 /
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	1310281181	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2025	12	11
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 DE 51 AÑOS, APP: CANCER DE COLON, HTA TRATADA CON (AMLODIPINO 5 MG, SIMVASTATINA 20 MG), DM: MANEJA INSULINA 10 UNI AM Y 20 UNI PM, METFORMINA DE 850 MG/DL. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DOLOR Y PESADEZ EN MIEMBROS INFERIORES, ADEMAS HA PRESENTADO ALZA TERMICAS NO CUANTIFICADA, ACOMPAÑADO DE POLIURIA Y DISURIA. ACUDE CON EXAMENES DE LABORATORIO DEL MES DE NOVIEMBRE DONDE SE EVIDENCIA GLUCOSA: 262 MG/DL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: GLUCOSA: 262 MG/DL, UREA: 48.2 MG/DL, CREATININA: 1.39 MG/DL, TGO: 29 U/L, ALT: 25 U/L, GMMA GT: 164 U/L, FOSFATASA ALCALINA: 140 U/L, ACIDO URICO: 4.7 MG/DL, NEUTROFILOS: 71.6%, LINF: 20.8% ULTRASONIDO: RIÑON DERECHO: MIDE 89 MM X 42 MM, CORTEZA 11 MM, MODERADO INCREMENTADO DE LA ECOGENICIDAD DEL PARENQUIA. RIÑON IZQUIERDA MIDE 95 M X 52 MM, CORTEZA 14MM, MODERADA INCREMENTO DE LA ECOGENICIDAD DEL PARENQUIMA, QUISTE CORTICAL DE 20 MM EN TERCIO SUPERIOR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-11	10:05	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

