

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	CHICA	ROY RODRIGO	19	05	1981	44 años, 6 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310512437	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VARGAS PASOS y	098-673-2572 / (99)-999-9999
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	1310512437	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	12	16
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 CON DIABETES DE 22 AÑOS DE EVOLUCION LA CUAL SE TRSTA CON INSULINA, Y PARA LA PRESION MAL COMTROLADA Y EN PICOS DE 220/150 EN LA ACTUALIDAD 180/110 CON HIDROCLOROTIAZIDA EN EXAMENES, GLUCOSA 110 CREATININA 7.7 UREA 98 UCIDO URICA 14.6, ECOGRAFIA LITIASIS VESICULA, ENFERMEDAD RENAL, INDICE DOPPLE RANAL ELEVADA DERRAME PLEURAL BILATERAL...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIA DE UREGENCIA A SU ESPECIALIDAD... SE DA TTO FUROSEMIDA 40 MG QD MAS BICARBONATO 1 GRAMO AL DIA VIA ORAL MAS CALCITRIOL 0.5 MG TABLETA CADA DIA MAS HIERRO 50 MG QD, CARVEDILOL 25 MG TABLETA QD MAS HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA QD VIA ORAL MAS RESTRICCION HIDRICA...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-16	15:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-16	15:40	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	