

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ACOSTA	EDITA BENEDITA	13	07	1976	49 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312438524	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA VILLA y	099-814-6155 /
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	1312438524	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	11	06
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 FEMENINA ANALFABETA CON APP DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA CON OLMESARTAN 40 MG QD ACUDE PARA REVISIÓN DE EXÁMENES POR CONTROL DE SU ENFERMEDAD DE BASE. PACIENTE QUE NO COMPRENDE LA GRAVEDAD DE SU ENFERMEDAD. FILTRADO GLOMERULAR: 34.07 mL/min/1.73 m2 (DISMINUCIÓN MODERADA DE FG) KDIGO ESTADIO 3. LA CARTERA DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL NO CUBRE LA REALIZACIÓN DE ALBUMINA SERICA Y PROTEINURIA EN 24 HORAS , POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB 13.3 HCTO 42.1 PLAQ 182 LINF%17.3 NEU% 75.2 ALT (SGPT): 29.07 AST (SGOT): 33.9 CREATININA: 1.73 GLUCOSA: 119.7 UREA: 64.65 COLESTEROL TOTAL: 201.8 EMO: Leuco Negativo Nitritos Negativo Proteínas Negativo Glucosa Negativo Cuerpos Cetónicos Negativo Urobilinógeno Normal Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Hemoglobina Negativo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 3	N183		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-06	15:47	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-11-06	15:47	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

