

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MENDOZA	NIEVE MARIA	05	08	1968	57 años, 10 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313018010	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA PORTOVIEJO y	096-297-4049 /
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	1313018010	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología	2026	06	17
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

PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 HACE 17 AÑOS TRATADA CON INSULINA 26UI AM . AMPUTACION DE PIERNA DERECHA HACE 6 AÑOS POR VASCULOPATIA DIABETICA, PRESENTA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 4 EN DIALISIS**(NO REALIZA)***HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MILIGRAMOS VO QD.MAS FUROSEMIDA 40 MG DIA, DISCAPACIDAD FISICA 78%. ACUDE POR CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS, ADICIONAL REFIERE CUADRO DE DISURIA SIN SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL. AL MOMENTO ESTABLE, BUEN ESTADO GENERAL. ACUDE POR CONTROL DE LABORATORIOS GLUCOSA 118 MG DIA, UREA 111 MG/DL, CREATININA 4.26 MG/DL. FILTRADO GLOMERULAR 11 ML/MIN. TELEFONO 0962974049.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: HEMOGLOBINA 8.5 G/DL GLUCOSA 118 MG DIA, UREA 111 MG/DL, CREATININA 4.26 MG/DL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ETAPA 5	N185		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	09:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-06-17	09:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

