

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	SAAVEDRA	KEVIN EMILIO	21	02	1996	29 años, 8 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313625855	MANABI	CHONE	RICAURTE	7 DE AGOSTO y ALEJO LASCANO	099-681-8692 /
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	1313625855	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	10	29
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 MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD, CON SOBREPESO SEGÚN TALLA Y EDAD, HIPERTENSO CONTROLADO CON LISINOPRIL ANHIDRO (EUCOR 5 MG) DIAGNOSTICADO EN MAYO DE 2024. PACIENTE MONORENAL, CON ANTECEDENTE DE NEFRECTOMÍA TOTAL DERECHA HACE 24 AÑOS POR QUISTES RENALES. CIRUGÍAS ANTERIORES: NEFRECTOMÍA TOTAL DERECHA Y VARICOCELE IZQUIERDO. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, FUNCIONES VITALES DENTRO DE RANGO NORMAL, CABEZA Y CUELLO SIN ALTERACIONES, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN VISCEROMEGALIAS, EXTREMIDADES SIN EDEMAS NI ALTERACIONES. SE REALIZA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA SIN INSUFICIENCIA RENAL	I129	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-29	16:06	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-29	16:06	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	