

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	SANTOS	MICHAEL LEODAN	21	04	2001	24 años, 6 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313704155	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS DOS BOCA y	099-835-1795 / (00)-000-0000
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	1313704155	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Emergencia	Nefrología	2025	11	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 MASCULINO DE 24 AÑOS ES ATENDIDO POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO ACOMPAÑADO DE NAUSEAS Y VOMITOS, AL MOMENTO ESTABLE AFEBRIL. VALORO ANALISIS ANALIS DE LABORATORIO; BH LEU 8.29, RBC : 2.46, HB : 7.0, HCT : 20.8, GLUCOSA 68, COLESTEROL 156, TGL : 11.5, UREA 160, CREATIMIMA 13.4, (VALORES CONFIRMADOS) ,AST : 19.3, ALT : 26.6. VIH : NEGATIVO, HEPATISI B HEPATITIS C NEGATIVO, VDRL NO REACTIVO, EMO PROTEINA POSITIVO, PIOCITOS ABUNDANTES LEU TRES CRUCES, SE DERIVA DE FORMA URGENTE A NEFROLOGIA, FILNTRADO GLOMERULAR : 4.5 ML/MIN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA INGRESO PARA ESTUDIO URGENTE DE DETERIORO DE FUNCION RENAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	08:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

Firmado electrónicamente por:
ALBERTO JOSE
ZAMBRANO ALCIVAR
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 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
2025-11-11	08:24	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	