

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMORA	SOLORZANO	DOLORES DAYANA	13	03	2008	16 años, 9 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316002292	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NUEVOS HORIZONTER y	098-063-5131 /
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	1316002292	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	Hospital Napoleon Davila Cordova		Consulta externa	Nefrología	2024	12	30
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 ACUDE POR CONTROL MEDICO MENSUAL, FAMILIAR REFIERE QUE LA JAVEN SE ESTA EDEMATIZANDO QUE ELLA PRESUME QUE ES POR EL ANTIEPILEPTICO EL TTO QUE LE DA LA MAMA CONTRE LA EPILEPSIA NO TIENE ADHERENCIA Y SE ENVIA A REALIZAR EXAMENES DE URES CREATININA ACIDO URICO Y EMO... ADEMAS DE GASOMETRIA Y REFERENCIA A PEDIATRIA... TAL PARECE QUE ES UN EDEMA RENAL... TIENE UNA EVALUCION DE 7 DIAS...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVÍA PARA EL DESCARTE DE SU PROBLEMA DE ANASARCA...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME NEFROTICO, NO ESPECIFICADA	N049		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

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
2024-12-30	12:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

