

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SANTANA	KLEVER EUGENIO	06	07	1991	34 años, 8 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año		

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351549116	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA CHICHANDA y	099-856-3389 /
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	1351549116	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2026	03	27
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 34 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR REFERENCIA A NEFROLOGIA, PACIENTE SE MANTIENE EN CONTROL CON NEFROLOGIA CADA 3 MESES SEGUN REFIERE FAMILIAR POR PRESENTAR PROBLEMAS RENALES DEBIDO A ANTECEDENTE DE INTOXICACIÓN CON ORGANOFOSFORADOS MOTIVO POR EL CUAL ESTUVO INGRESANDO EN UCI POR 9 DIAS, FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE ESTUVO A PUNTO DE REQUERIR DIÁLISIS, POR TAL MOTIVO SE ENCUENTRA EN VIGILANCIA CONSTANTE. REFIERE ADEMÁS QUE TENIA CITA PREVIA PERO NO PUDIERON ASISTIR POR PROBLEMAS CON EL INVIERNO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA CADA 3 MESES DEBIDO A LESION RENAL POR ORGANOFOSFORADOS, FAMILIAR SOLICITA REFERENCIA POR PERDER TURNO QUE TENIA YA AGENDADO DEBIDO A CAUSAS CLIMÁTICAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEFROPATIA TOXICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	N144		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-27	12:48	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-03-27	12:48	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

