

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LARREA	HUERTA	JEAN PIERR	19	07	1972	53 años, 3 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1704051513	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	Calle Rocafuerte entre Pichincha y Colón y SN	099-970-4029 /
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	1704051513	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Nefrología	2025	11	13
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

USUARIO QUE ACUDE POR REFERIR ANTECEDENTES DE DIABETES INSÍPIDA, MENCIONA QUE HA RECIBIDO ATENCIONES EN CONSULTA PARTICULAR QUIEN LE HA ENVIADO A REALIZAR MÚLTIPLES ESTUDIOS A FIN DE DETERMINAR ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL, TRAE DOCUMENTOS Y RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADO EN LOS CUALES SE DETERMINA PATOLOGÍA DE BASE ADEMÁS DE ESTUDIOS DE FUNCIÓN RENAL, SE EXPLICA QUE EN ESTA CASA DE SALUD NO CONTAMOS CON ESPECIALISTAS EN ESTA ÁREA POR LO QUE SE LE REALIZARA REFERENCIA A NEFROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SI

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	N189	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-13	15:12	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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 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
2025-11-13	15:12	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

