



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		001414	Chone		CS-C	1302242936					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Vera		Valdez		Angel		Arturo		H	16-04-1955	70	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
099-744-3393				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		8. Inadecuada capacidad resolutive		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X	
13		1303		130301							
				3. Falta de equipamiento.							
				4. Equipos en mal estado.							
				5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Nefrologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS- CON ANTECEDENTE QUIRURGICO POR LITIASIS RENAL QUE ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE DOS SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MICCIONES ROJIZAS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE- ORIENTADO- AFEBRIL- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS- RUIDOS CARDIACOS RITMICOS- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE- NO DOLOROSO. ACUDE CON EXAMENES REALIZADOS EL 11 DE JULIO QUE REPORTAN UROANALISIS CON SANGRE POSITIVA. ECOGRAFIA RENAL DEL 04/08/2025 REPORTA PRESENCIA DE DOS LITOS (2 Y 3 MM) EN RIÑON DERECHO Y MICROLITIASIS EN RIÑON IZQUIERDO- SIN DILATACION PIELOCALICIAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EMO (UROANALISIS DE Rutina): SANGRE POSITIVA ULTRASONIDO: PRESENCIA DE DOS LITOS (2 Y 3 MM) EN RIÑON DERECHO Y MICROLITIASIS EN RIÑON IZQUIERDO- SIN DILATACION PIELOCALICIAL.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hematuria No Especificada		R31X		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-26	03:49	Andres		Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1314783083					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN															
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	