

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	San Pedro De Atascoso	CS-A	2300725260	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Vera	Barberan	Anderson	Omar	H	03-10-2000	25	H	D	M	A
										X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0983001662

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

CANTÓN

PARROQUIA

13

1303

130302

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

3. Falta de equipamiento.

4. Equipos en mal estado.

5. Problemas de infraestructura.

6. Problemas de abastecimiento.

7. Insuficiencia de profesionales.

8. Inadecuada capacidad resolutive

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

X

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 MAS CULINO DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA POR PRES ENTAR DOLOR INTENS O E INS OPORTABLE EN REGIÓNLUMBAR BAJA- DE INICIO AGUDO- QUE LIMITA S US ACTIVIDADES HABITUALES . REFIERE ANTECEDENTE RECIENTE DE ECOGRAFÍA RENALREALIZADA DE MANERA PARTICULAR- LA CUAL YA S E ENCUENTRA S UBIDA AL S IS TEMA- DONDE S E EVIDENCIA LITIAS IS RENALBILATERAL. NIEGA FIEBRE- VÓMITOS - DIS URIA O HEMATURIA AL MOMENTO DE LA CONS ULTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ULTRAS ONIDO: ES TUDIO ECO ABDOMEN GENERAL MAS CULINO HALLAZGOS PÁNCREAS : FORMA- TAMAÑO- ESTRUCTURA NORMAL. HIGADO:ESTRUCTURA ISOECOIDE. CONDUCTOS BILIARES INTRAHEPÁTICOS NO DILATADOS. COLÉDOCO NORMAL. VES ÍCULA BILIAR: DE 6.37CM DE LONGITUD-PAREDES DELGADAS. S IN PATOLOGÍA EN SU INTERIOR. RIÑÓN DERECHO: 3.88 X 11.81CM- FORMA Y UBICACIÓN HABITUAL- BORDES DEFINIDOS-PARÊNQUIMA CON BUENA DIFERENCIACIÓN Y RELACIÓNCORTICO MEDULAR CONSERVADA- EN LA REGIÓN MEDIA A NIVEL DE LOS CÁLCES ES VISIBLEUNA IMAGEN LITIÁSICA DE 4.6MM- SIN DILATACIÓN DEL SISTEMA PIELOCALICIAL. RIÑÓN IZQUIERDO: 5.34 X 10.65CM- FORMA Y UBICACIÓNHABITUAL- BORDES DEFINIDOS- PARÊNQUIMA CON BUENA DIFERENCIACIÓN Y RELACIÓNCORTICO MEDULAR CONSERVADA- EN EL POLO INFERIOR A NIVELDE LOS CÁLCES ES VISIBLE UNA IMAGEN LITIÁSICA DE 6.5MM- SIN DILATACIÓN DEL SISTEMA PIELOCALICIAL. BAZO: NORMAL. RETROPERITONEO:NORMAL. PRÓS TATA: DE BORDES REGULARES- ESTRUCTURA ISOECOIDE- CÁPSULA NO ENGROSADA NI DISRUPTA. NO HACE PROCIDENCIA HACIA LUZVESICAL. DIÁMETROS: 4.22 X 3.39 X 3.34CM. PESO: 24.95GR. VEJIGA: DE PAREDES DELGADAS- MUCOSA REGULAR SIN SEDIMENTO EN SUINTERIOR. VOLUMEN AL MOMENTO DEL EXAMEN 225ML. RES TO DEL ABDOMEN: PROFUSA CANTIDAD DE GASES EN INTESTINO DELGADO Y HECES EN EL INTESTINO GRUESO- PERISTALTISMO NORMAL. IMPRES IÓN DIAGNÓS TICA LITIAS IS RENAL BILATERAL.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Calculo Del Riñon	N200	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-20	10:53	Ramon	Velez	Quevedo

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1313445387		

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	