



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	Chibunga		CS-A	1306818913													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Garcia		Pita		Solanda		De		M	03-11-1958	67	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0979140432				☒		☐													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		☒									
13		1303		130354		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐									
				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 ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS - ACUDE A CONSULTA PARA EVALUACIÓN MÉDICA GENERAL. HACE DOS DÍAS ACUDIO AL CENTRO DE SALUD CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO- CONTINUO- LOCALIZADO EN HIPOCONDRIO DERECHO- CON IRRADIACIÓN HACIA REGIÓN DORSAL- ASOCIADO A MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO. SE INDICÓ ANALGESIA Y ESTUDIO DE IMAGEN. ACUDE AL HOSPITAL DONDE INDICAN ADMINISTRARON HIDRATACION Y ANALGESIA. AL DÍA DE HOY REPORTA UNA ECOGRAFÍA 08/04/2026: RINON DERECHO: MIDE 115 X 38 MM X 33 MM. BUENA RELACIÓN CORTICOMEDULAR. PRESENCIA DE UNA IMAGEN LITIÁSICA UBICADA EN LA PELVIS RENAL QUE MIDE 4MM. SIN DILATACIÓN. RIÑON IZQUIERDO: MIDE 110 MM X 56MM. BUENA RELACIÓN CORTICOMEDULAR. PRESENCIA DE DOS IMÁGENES QUISTICAS QUE MIDEN 37 X 45MM Y 41 X 38MM. SIN LITIASIS NI DILATACION. AL EXAMEN FÍSICO MURPHY NEGATIVO- PUNO PERCUSIÓN NEGATIVO EN AMBOS LADOS . AL MOMENTO ESTABLE- AFEBRIL- ASINTOMÁTICA. SE INDICA MANEJO ANALGÉSICO Y SE DECIDE REFERENCIA A UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD- COMPLEMENTACIÓN DE ESTUDIOS Y MANEJO DEFINITIVO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFÍA 08/04/2026: RINON DERECHO: MIDE 115 X 38 MM X 33 MM. BUENA RELACIÓN CORTICOMEDULAR. PRESENCIA DE UNA IMAGEN LITIÁSICA UBICADA EN LA PELVIS RENAL QUE MIDE 4MM. SIN DILATACIÓN. RIÑON IZQUIERDO: MIDE 110 MM X 56MM. BUENA RELACIÓN CORTICOMEDULAR. PRESENCIA DE DOS IMÁGENES QUISTICAS QUE MIDEN 37 X 45MM Y 41 X 38MM. SIN LITIASIS NI DILATACION. VÉJIGA URINARIA: MORFOLOGÍA Y VOLUMEN CONSERVADOS . PAREDES DE ASPECTO ECOGRÁFICO NORMAL. NEGATIVO PARA OCUPATIVAS FOCALES O PROCESOS DIFUSOS DE LA MISMA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Quiste De Riñon Adquirido		N281		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-03	12:19	Luisa	Mendoza	Alcivar
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1315226454				

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		