

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    | Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes | HB        | 1305932053                       |                   |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| Reyna           | Zambrano         | Sergia        | Maria          | M    | 13-02-1942       | 84   | H                       | D | M | A |
|                 |                  |               |                |      |                  |      |                         |   |   | X |

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0980161261

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

CANTÓN

PARROQUIA

13

1312

131250

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 DE 84 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DIAGNOSTICADA HACE 20 AÑOS- EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 100 MILIGRAMOS CADA DÍA- AMLODIPINO 10 MILIGRAMOS CADA DÍA- HIPOTIROIDISMO DIAGNOSTICADO HACE UN AÑO- EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 100 MICROGRAMOS VÍA ORAL CADA DÍA- NO ALERGIAS CONOCIDAS- AQX- LITIASIS RENAL- AL MOMENTO PACIENTE FUNCIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA- AL MOMENTO CON DOLOR EN LA REGIÓN LUMBAR- INGRESO POR EMERGENCIA CON LITIASIS RENAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALISIS: HB 11.92- HCT 37- VCM 86- HCM 31.39- PLT 213.000- GB 7700- NEU 62- LYM 38 OTROS ANALISIS: UREA 55- CREATININA 1 ULTRASONIDO: RINON IZQUIERDO: MIDE 95MM X48MM- CON RELACION CORTICOMEDULAR ISOECOICA DE 10MM- CONTORNOS IRREGULARES Y SISTEMA PIELOCALICIAL CONSERVADOS- NO SE OBSERVAN IMAGENES QUISTICAS NI ECTASIAS. A LA ALTURA DE SU POLO INFERIOR SE IDENTIFICA TAMBIEN IMAGEN UNICA CON CARACTERISTICAS LITIASIS Y UNA MEDIDA DE 16MM- MISMA QUE PROYECTA SOMBRA ACUSTICA POSTERIOR Y QUE SE ESTA ACOMPAÑADA POR VARIAS IMAGENES CON SIMILARES CARACTERISTICAS PERO CON MEDIDAS QUE SUPERAN LOS 4MM RINON DERECHO: MIDE 115MM X56MM- CON RELACION CORTICOMEDULAR ISOECOICA DE 9MM- CONTORNOS IRREGULARES Y SISTEMA PIELOCALICIAL DILATADA (HIDRONEFROSIS G III)- A LA ALTURA DE SU POLO INFERIOR SE IDENTIFICA IMAGEN UNICA CON CARACTERISTICAS LITICAS Y UNA MEDIDA DE 10MM- MISMA QUE SE PROYECTA SOMBRA ACUSTICA POSTERIOR- SE IDENTIFICA ADEMAS A LA ALTURA DE SU POLO INFERIOR IMAGEN UNICA CON CARACTERISTICAS QUISTICAS Y UNA MEDIDA DE 46MMX33MM- MISMA QUE PROYECTA REFORZAMIENTO ACUSTICO POSTERIOR.

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                        | PRE  | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------------------------------------------|------|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.                                 | Otras Hidronefrosis Y Las No Especificadas | N133 | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |                                            |      |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                            |      |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd) | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-04-10            | 11:46           | Yandry        | Macias          | Lucas            |

| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA | SELLO |
|---------------------------------------|-------|-------|
| 1310671951                            |       |       |

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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |