

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	Convento	CS-A	1600211344	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
Vargas	Sandu	Enrique	Null	H	30-10-1953	72				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

0988763852

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
13	1303	130353

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	Cirugia General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 72 AÑOS DE EDAD CON APP DE HIPERTENCION ARTERIAL TRATADO CON LOSARTAN DE 50 MG VIENE A ESTACASA DE SALUD PARA REVISAR ESTUDIO ECOGRAFICOS- REFERIR DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO E HIPOCONDRIO DERECHO- ADEMAS-REFIERE DIS URIA Y POLAQUIRA Y CHORRO MICCIONAL DIS MINUIDO CON DIFICULTAD PARA EVACUAR- NO REFIERE FIEBRE- NONAUSEAS NI VOMITOS NI DIARREA AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A FEBRIL GLASGOW15/15 ALERTA TAMIZAJEDE VIOLENCIA NEGATIVO. ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA. APP: HIPERTENSION ATERIAL TRATADA CON LOSARTAN 50 MGQD- APQ CIRUGIA DE TESTICULO POR OBSCESO- APENDICECTOMIA- ALERGIAS NO REFIERE. EXPLORACION FISICA: ABDOMEN: NO SEVIS UALIZA LESIONES DÉRMICAS- SE AUSCULTAN RUIDOS PERISTÁLTICOS- DOLOR A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO-ADEMAS DE HERNIA EN REGION UMBILICAL REDUCTIBLE SIN SIGNO DE INFLAMACION- NO SE PALPA HÍGADO- BAZO O RIÑONES.EXTREMIDADES INFERIORES: LAS ARTICULACIONES TIENEN UNA AMPLITUD DE MOVIMIENTO COMPLETA NO SE DETECTANDEFORMIDADES- SENSIBILIDAD NI MALFORMACIONES TIENEN ASPECTO COLOR TAMAÑO Y TEMPERATURA NORMAL- SE APRECIANLESIONES DÉRMICAS ERITEMATOSAS PAULARES EN REGION ANTERIOR DE MUSLOS- NO HAY PRESENCIA DE ACROPAQUIÁS- CIANOSISNI EDEMAS. ANALISIS: PACIENTE CON HTA MAS HIPERPLASIA PROSTATICA- HERNIA UMBILICAL- MASA OCUPATIVA DE ESPACIOHEPATICA CON POSIBLE QUISTE SIMPLE- LITIASIS RENAL- DERMATITIS IRRITATIVA. PLAN: SE PRESCRIBE TAMS ULOSINAS 0.4 MG MAS DUTASTERIDE 0.5 MG QD- CITRATO DE POTASIO 10 MEQ UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 30 DIAS- DERMATITIS IRRITATIVA SEPREScribe LORATADINA 10 MG QD MAS CREMA DE BETAMETASIONA 1% APLICAR CADA 24 HORAS POR 15 DIAS- SE PRESCRIBEMEDICACIOMN HABITUAL EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA- SE REALIZA REFERNECIA PARA MEDICINA INTERNA Y CIRUGIA GENERAL PARA MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 14.4 G/DL- HTCO 40.2%- PLAQUETAS 233,000- GLOBULOS BLANCOS 5.32-LINFOCITOS 35%- NEUTROFILOS 54% OTROS ANALISIS: PSA TOTAL 1.75 NG/ML ULTRASONIDO: 1. TÉCNICA: SE REALIZA ECOGRAFÍA DE LAPRóSTATA A TRAVés DE LA PELVIS CON SONDA TRANSABDOMINAL. LA VEJIGA SE ENCUENTRA ADECUADAMENTE DISTENDIDA PARA LA EVALUACIÓN. 2.HALLAZGOS: PRóSTATA: DIMENSIONES: 4.7 X 5.3 X 45.0 CM- VOLUMEN PROSTÁTICO: 63 CC - CONTORNOS HETEROGÉNEOS - LESIONES NODULARESNO SE IDENTIFICAN CALCIFICACIONES NO- CRECIMIENTO LOBULAR QUE PROTRUYE HACIA LA VEJIGA: 19 MM. VEJIGA URINARIA: PARED LISA YDISTENSIBLE ADECUADAMENTE- 5 MM CONTENIDO ANECOICO SIN PRESENCIA DE LITIASIS- RESIDUO MICCIONAL POST MICCIÓN: 25 CC .CONCLUSIÓN: CRECIMIENTO PROSTÁTICO EN RELACIÓN CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA GRADO IV Y RESIDUO POST MICCIONAL: 25 %. ECOGRAFÍAABDOMINAL EL ESTUDIO ECOGRÁFICO REVELA: HÍGADO: FORMA Y CONTORNOS CONSERVADOS. ECOGENICIDAD DEL PARéNQUIMA HEPÁTICO NORMALEN RELACIÓN A ESTRUCTURA RENAL. VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS NO DILATADAS; PRESENTA LOE (LESIÓN OCUPATIVA DE ESPACIO) ANECOICA-HOMOGÉNEA DE FORMA REDONDA CON BORDES DEFINIDOS Y CONTORNO REGULAR SIN TABICACIONES- AL DOPPLER COLOR NO PRESENTAVASCULARIZACIÓN; MIDE 1.8 X 0.9 CM; LOE EN RELACIÓN A QUISTE SIMPLE UBICADO EN LóBULO DERECHO SEGMENT IV. BUENA DISTRIBUCIÓNVASCULAR. VESÍCULA: MIDE 5.7 X 3.5 CM. PAREDES FINAS- NO SE OBSERVA PRESENCIA DE PÓLIPOS. EN SU INTERIOR NO PRESENTA LITIASIS NIBARRO BILIAR. COLÉDOCO DE CALIBRE NORMAL. PÁNCREAS: CABEZA MIDE 1.4 CM. CUERPO MIDE 0.7 CM. COLA MIDE 0.7 CM. ASPECTOECOGÉNICO NORMAL. NO MASAS NI QUISTES. BAZO: NO ESPLENOMEGALIA. NO PRESENTA QUISTES NI NÓDULOS. RIÑONES: DERECHO: DE TAMAÑO NORMAL- MIDE 9.9 X 5.5 X 5.6 CM CON VOLUMEN DE 162 CC; PARéNQUIMA DE 2.1 CM- DE RELACIÓN CóRTICO-MEDULAR NORMAL- NOPIELOCALIECTASIA; SE OBSERVA LITIASIS DE 0.34 CM; A NIVEL DE GRUPOS CALICIALES SE OBSERVAN IMÁGENES HIPEREFRENGENTES DE PEQUEÑOSDIÁMETROS EN RELACIÓN A MICROLITIASIS; NO PRESENTA LESIONES OCUPATIVAS DE ESPACIO POR ESTE ESTUDIO. IZQUIERDO: DE TAMAÑO NORMAL-MIDE 9.4 X 5.0 X 5.1 CM CON VOLUMEN DE 127 CC; PARéNQUIMA DE 1.6 CM- DE RELACIÓN CóRTICO-MEDULAR NORMAL- NO PIELOCALIECTASIA;SE OBSERVA LITIASIS DE 0.48 CM; A NIVEL DE GRUPOS CALICIALES SE OBSERVAN IMÁGENES HIPEREFRENGENTES DE PEQUEÑOS DIÁMETROS ENRELACIÓN A MICROLITIASIS; NO PRESENTA LESIONES OCUPATIVAS DE ESPACIO POR ESTE ESTUDIO. VEJIGA: CON BUENA CAPACIDAD DE LLENADO- NOLITIASIS. NO ELEMENTOS EN SUSPENSIÓN. AORTA: CON PAREDES REGULARES- DE CALIBRE NORMAL. NO SE OBSERVA MASAS NI LÍQUIDO LIBREEN CAVIDAD ABDOMINAL. CONCLUSIONES: 1. LESIÓN OCUPATIVA DE ESPACIO EN RELACIÓN A QUISTE SIMPLE UBICADO EN LóBULOHEPÁTICO DERECHO. 2. LITIASIS RENAL BILATERAL + MICROLITIASIS- SIN SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hernia Umbilical Sin Obstruccion Ni Gangrena	K429		X	4.		
2.	Hiperplasia De La Prostata	N40X		X	5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-19	08:33	Maria	Andrade	Barreiro



NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1310675093		

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		