



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	Resbalon	CS-A	1304682790									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Catagua	Zambrano	Ines	Azucena	M	21-01-1963	63	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
096-399-8924		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
13	1312	131250	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 ADULTA QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS RECURRENTES DEDISURIA Y DOLOR TIPO CÓLICO EN REGIÓN LUMBAR- DE INTENSIDAD VARIABLE- CON PERIODOS DE REMISIÓN Y EXACERBACIÓN- SIN ESTUDIOETIOLÓGICO DEFINITIVO PREVIO. ACUDE A LA CONSULTA CON RESULTADO DE ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS- LA CUAL REPORTA POLIQUISTOSISRENAL BILATERAL. AL MOMENTO PERSISTE CON SINTOMATOLOGÍA URINARIA INTERMITENTE- SIN DATOS CLÍNICOS DE INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA.CONSIDERANDO EL HALLAZGO ECOGRÁFICO Y LA POSIBILIDAD DE ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA- SE ESTABLECE LA NECESIDAD DE VALORACIÓNESPECIALIZADA POR EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA-EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL- ESTRATIFICACIÓN DELRIESGO DE PROGRESIÓN- ESTUDIO DE POSIBLES COMPLICACIONES E INSTAURACIÓN DE SEGUIMIENTO Y MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: EVALUACIÓN ECOGRÁFICA ABDOMINAL CON TRANSDUCTOR DE 3.5 MHZ- MEDIANTE BARRIDOS TRANSVERSALES- LONGITUDINALES YOBLCUOS. PANCREAS: CABEZA- CUERPO- COLA- TAMAÑO NORMAL- TEXTURA HOMOGÉNEA. VESICULA BILIAR: QUE MIDE 71MMX17MM- SINEVIDENCIA DE ENGROSAMIENTO EN LAS PAREDES- SIN OBSERVAR IMAGEN DE LITIASIS EN SU INTERIOR NI BARRO BILIAR. HIGADO: MIDE EN SUL6BULO DERECHO 90MM- ECOGENICIDAD CONSERVADA- ADHERIDAS A SU PARÉNQUIMA SE IDENTIFICAN NUMEROSAS IMÁGENES- NOCUANTIFICABLES- CON CARACTERÍSTICAS QUISTICAS EN DIVERSAS MEDIDAS DE HASTA 16MM (POLIQUISTOSIS HEPÁTICA) RIÑON DERECHO: QUEMIDE 148MMX60MM- CON RELACIÓN CORTICO-MEDULAR POCO DELIMITADA- CONTORNOS IRREGULARES Y SISTEMA PIELOCALICIAL CONSERVADOS; NOSE OBSERVAN NI ECTASIA- NI IMAGEN MACROLITIÁSICA. ADHERIDAS A SU PARÉNQUIMA SE IDENTIFICAN NUMEROSAS IMÁGENES- NOCUANTIFICABLES- CON CARACTERÍSTICAS QUISTICAS EN DIVERSAS MEDIDAS DE HASTA 37MMX33MM (POLIQUISTOSIS RENAL) RIÑON IZQUIERDO:QUE MIDE 150MMX61MM- CON RELACIÓN CORTICO-MEDULAR POCO DELIMITADA- CONTORNOS IRREGULARES Y SISTEMA PIELOCALICIALCONSERVADOS; NO SE OBSERVAN NI ECTASIA- NI IMAGEN MACROLITIÁSICA. ADHERIDAS A SU PARÉNQUIMA SE IDENTIFICAN TAMBIÉN NUMEROSASIMÁGENES- NO CUANTIFICABLES- CON CARACTERÍSTICAS QUISTICAS EN DIVERSAS MEDIDAS DE HASTA 37MMX46MM (POLIQUISTOSIS RENAL) BAZO:TAMAÑO Y TEXTURA CONSERVADA. NO SE OBSERVA LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL. AORTA ABDOMINAL DE TAMAÑO Y CALIBRE NORMAL.VEJIGA URINARIA: SE OBSERVA SEMIDISTENDIDA- CONTENIDO ANECOICO- PAREDES LIGERAMENTE ENGROSADAS- PRESENTANDO UN VOLUMENPREMICCIONAL DE LITOS INTERNOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Riñon Poliquistico Tipo No Especificado	Q613		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-22	01:56	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
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	