

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	VELEZ	JOSE ONOFRE	24	09	1955	70 años, 2 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302125107	MANABI	CHONE	CANUTO	CHONE y CHONE	098-970-4905 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1302125107	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2025	12	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS QUE ACUDE PARA REVISIÓN DE RESULTADOS . PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR POLIURIA Y DOLOR LUMBAR, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA DE RELEVANCIA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ALARMA. SE REPORTA ECOGRAFIA EN DONDE SE EVIDENCIA QUISTE TABICADO. SE SOLICITA REFERENCIA PARA NEFROLOGIA PARA VALORACION MAS TRATAMIENTO INTEGRAL.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA: RIÑON DERECHO QUISTE TABICADO 36*34 MM, LITOS DE 4MM/ RIÑON IZQUIERDO: 32*30 MM, HIDRONEFROSIS CON LITO EN URETER PROXIMAL DE 10MM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE DE RIÑÓN, ADQUIRIDO	N281		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	15:24	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Servicio	Especialidad	

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	15:24	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	