

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VALDEZ	ANGEL ARTURO	16	04	1955	70 años, 3 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302242936	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	099-744-3393 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1302242936	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2025	08	13
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, CON ANTECEDENTE QUIRURGICO POR LITIASIS RENAL QUE ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE DOS SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MICCIONES ROJIZAS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. ACUDE CON EXAMENES REALIZADOS EL 11 DE JULIO QUE REPORTAN UROANALISIS CON SANGRE POSITIVA. ECOGRAFIA RENAL DEL 04/08/2025 REPORTA PRESENCIA DE DOS LITOS (2 Y 3 MM) EN RIÑON DERECHO Y MICROLITIASIS EN RIÑON IZQUIERDO, SIN DILATACION PIELOCALICIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EMO (UROANALISIS DE RUTINA): SANGRE POSITIVA ULTRASONIDO: PRESENCIA DE DOS LITOS (2 Y 3 MM) EN RIÑON DERECHO Y MICROLITIASIS EN RIÑON IZQUIERDO, SIN DILATACION PIELOCALICIAL.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMATURIA, NO ESPECIFICADA	R31X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	13:04	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	



Firmado electrónicamente por:
CARLOS ANTONIO
VILLACIS DE LA CRUZ
Validar únicamente con FirmaEC

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 clinico

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
2025-08-13	13:04	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

