

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	MOREIRA	GLEND BRICELDA	06	04	1969	56 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304629882	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CALLE E Y PRINCIPAL	099-946-2507 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area		
MSP	1304629882	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología	2025	09	02
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 CAUDE CON RESULTADO DE ECOGRAFIA QUE REPORTA QUISTE SIMPLE DE RIÑON DERECHO DE BORDES REGULARES DEFINIDOS LOCALIZADO EN EL TERCIO MEDIO, QUE MIDE 3.8*4.2*CM , AL DOPLER COLOR SE IDENTIFICA VASCULARIDAD PERIFERICA , REFIERE DOLOR EN FLANCO DERECHO POR LO QUE SE REFIERE A NEFROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA QUE REPORTA QUISTE SIMPLE DE RIÑON DERECHO DE BORDES REGULARES DEFINIDOS LOCALIZADO EN EL TERCIO MEDIO, QUE MIDE 3.8*4.2*CM , AL DOPLER COLOR SE IDENTIFICA VASCULARIDAD PERIFERICA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-02	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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

FIRMA