

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CATAGUA	ZAMBRANO	INES AZUCENA	21	01	1963	63 años, 5 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304682790	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	VIA RIO CHICO EL RODEO y SN	096-399-8924 /
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.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304682790	RESBALON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Nefrología		2026	07	17
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 adulta que refiere cuadro clínico de aproximadamente 10 años de evolución caracterizado por episodios recurrentes de disuria y dolor tipo cólico en región lumbar, de intensidad variable, con periodos de remisión y exacerbación, sin estudio etiológico definitivo previo. Acude a la consulta con resultado de ecografía renal y de vías urinarias, la cual reporta poliquistosis renal 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 poliquística, se establece la necesidad de valoración especializada por el servicio de Nefrología para confirmación diagnóstica, evaluación de la función renal, estratificación del riesgo de progresión, estudio de posibles complicaciones e instauración de seguimiento y manejo integral.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: Evaluación ecográfica abdominal con transductor de 3.5 MHZ, mediante barridos transversales, longitudinales y oblicuos. PANCREAS: Cabeza, cuerpo, cola, tamaño normal, textura homogénea. VESICULA BILIAR: Que mide 71mmX17mm, sin evidencia de engrosamiento en las paredes, sin observar imagen de litiasis en su interior ni barro biliar. HIGADO: Mide en su lóbulo derecho 90mm, ecogenicidad conservada, adheridas a su parénquima se identifican numerosas imágenes, no cuantificables, con características quísticas en diversas medidas de hasta 16mm (poliquistosis hepática) RIÑON DERECHO: Que mide 148mmX60mm, con relación cortico-medular poco delimitada, contornos irregulares y sistema pielocalicial conservados; no se observan ni ectasia, ni imagen macrolitiásica. Adheridas a su parénquima se identifican numerosas imágenes, no cuantificables, con características quísticas en diversas medidas de hasta 37mmX33mm (poliquistosis renal) RIÑON IZQUIERDO: Que mide 150mmX61mm, con relación cortico-medular poco delimitada, contornos irregulares y sistema pielocalicial conservados; no se observan ni ectasia, ni imagen macrolitiásica. Adheridas a su parénquima se identifican también numerosas imágenes, no cuantificables, con características quísticas 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 volumen premiccional de litos internos.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RIÑON POLIQUISTICO, TIPO NO ESPECIFICADO	Q613		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	10:18	Medicina Rural	MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA	1313690909	

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
2026-07-17	10:18	Medicina Rural	MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA	1313690909	