

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	CEDEÑO	AMADA ALAJITA	04	04	1956	70 años, 2 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305519090	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	098-538-1602 /
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	1305519090	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2026	06	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 FEMENINA DE 70 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 100 MG Y DM2 EN TRATAMIENTO CON METFORMINA DE 500 MG, APQ: CESAREA + LIGADURA, APF: HERMANOS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS, ALERGIAS: NO REFIERE, PACIENTE ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR UNA REFERENCIA PARA NEFROLOGÍA, TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA: PRESENCIA DE IMAGEN DE FORMA REDONDEADA DE BORDES REGULARES, PROYECTA REFUERZO ACÚSTICO POSTERIOR DE APROXIMADAMENTE 31 MM X 30 MM EN RELACION A QUISTE SIMPLE. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ESTABLE , ORIENTADA, NIEGA SINTOMATOLOGIA, EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EN CORTEZA RENAL DERECHA SE VISUALIZA PRESENCIA DE IMAGEN DE FORMA REDONDEADA BORDES REGULARES PROYECTA RFUERZO ACÚSTICO POSTERIOR DE APROXIMADAMENTE 31 MM X 30 MM EN RELACIÓN A QUISTE SIMPLE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-05	14:38	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-06-05	14:38	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

