

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GANCHOZO	CEDEÑO	MARIA FLORENTINA	08	05	1950	75 años, 10 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305669499	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	098-573-4344 / (02)-233-9770
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	1305669499	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nefrología	2026	03	31
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

MUJER DE 75 AÑOS CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL INSUCIFIENCIA VENOSA Y QUISTE DE RIÑON ACUDE A CONTROL ECNT REFIERE EPIGASTRALGIA Y PRIOSIS , SIGNOS VITALES TA 112/75MMHG SIN SIGNO DE VASOESPASMO EXAMEN FISICO SIN RELEVANCIA. HOY ASINTOMATICA, NORMOTENSA DIURESIS NORMAL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO RENAL QUE DESCRIBE RIÑON IZQUIERDO MIDE 245x83mm DE CONTORNO LOBULADO ASPECTO POLIQUISTICO EL MAYOR QUISTE MIDE 65x62mm RIÑON DERECHO MIDE 249x98mm DE CONTORNO LOBULADO ASPECTO POLIQUISTICO MAYOR QUISTE MIDE 76x59mm CON ID. RIÑONES POLIQUISTICOS RESULTADOS DE LABORATORIOS BHC SIN ALTERARAXCION QUIMCIA SIN ALTERACION EMO NO PATOLOGICO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	14:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-03-31	14:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	