

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	MOREIRA	MARIA PAOLA	31	01	1985	40 años, 5 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311443707	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SD y	098-656-9009 /
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	1311443707	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	07	15
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

ACUDE POR REFERIR DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO DE TIPO PUNZANTE LADO IZQUIERDO, DE MODERADA INTENSIDAD, NAUSE LEVES SI VOMITO, FUE VALORADA POR EMERGENCIA CON CUADRO DOLOROSO SE REALIZA ECOGRAFIA ABDOMINAL DONDE SE DETECTA DILATACION PIELOECTASI RENAL IZQUIERDA, SE SUGIERE VALORACION POR UROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: RIÑO DERECHO: 120MM DIAMETRO LOGITUDINAL, POR 36 MM DIAMETRO ANTEROPOSTERIOS CONTRONE REGULAR, ASPECTO HOMIGENEO, SE CONSERVA REALCION CORTEZA MEDULA, PARENQUIMA 15 MM DE ESPESOR, MEDULA 8 MM DE ESPESOR, RIÑON NORMAL RIÑON IAQUIERDO: 91MM DIAMETRO LOGITUDINAL, POR 54 MM DIAMETRO ANTEROPOS TERIOS CONTRONE REGULAR, ASPECTO HOMIGENEO, SE CONSERVA REALCION CORTEZA MEDULA, PARENQUIMA 15 MM DE ESPESOR, MEDULA 6 MM DE ESPESOR, PRESENCIA DE URETERO PIELOECTASA DE ETIOLOGIA A DETERMINAR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS UROPATIAS OBSTRUCTIVAS Y POR REFLUJO	N138	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-15	15:39	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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

