

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUENTES	MARIA MONSERRATE	09	04	1988	36 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	1312495029	MANABI	CHONE	SANTA RITA	HOMERO SOLORZANO y	098-930-6569 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312495029	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Nefrología	2024	09	23	
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 36 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA DE LITIASIS RENAL QUE INICIA HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS, SIN TRATAMIENTO ACTUAL. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD CON MOTIVO DE SOLICITUD DE REFERENCIA A UROLOGIA TRAS RECOMENDACION MEDICA POSTERIOR A LA REALIZACION DE ECOGRAFIA RENAL QUE REPORTA CALCULO DE APROXIMADAMENTE 6 MILIMETROS DE DIAMETRO. ASINTOMATICA AL INTERROGATORIO. EXAMEN FISICO SIN NOVEDAD. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADO DE IMAGENES (ECO ABDOMINAL) REPORTA LO SIGUIENTE: - RIÑÓN DERECHO: BORDES LIBRES Y REGULARES, EN SU INTERIOR SE OBSERVAN IMAGEN HIPERCOGENICA COMPATIBLE CON LITO, REFLEJA SOMBRA ACÚSTICA MIDE 6.23 mm. - RIÑÓN IZQUIERDO: BORDES LIBRES Y REGULARES EN SU INTERIOR SE OBSERVA IMÁGENES HIPERCOGÉNICAS COMPATIBLE CON MICROLITIASIS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CALCULO DEL RIÑON	N200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-23	22:11	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2024-09-23	22:11	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

