

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALMEIDA	VELASQUEZ	YENNY JENIFFER	06	05	1992	33 años, 4 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año		

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313263012	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y BELLAVISTA ALTA	096-722-9124 /
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	1313263012	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	09	19
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

REFIERE QUE SE HIZO ECOGRAFIA POR PRESENTAR ANTECEDENTE DE HIDRONEFROSIS , HA REFERIDO DOLOR EN REGION LUMBAR EN ABUNDANTE CANTIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB 8.35, HB 11.80, PLAQ 216 ALT (SGPT): 17.4 AST (SGOT): 14.5 UREA: 34.64 EMO: CRISTALES OXALATO DE CALCIO ++, CREATININA: 0.90 GLUCOSA: 79.84 ULTRASONIDO: RIÑON DERECHO DIAMETRO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, CON LITOS MENORES DE 4MM CON ECTASIA CALICEAL, RIÑON IZQUIERDO MORFOLOGIA RENAL DIFUSA, SISTEMA COLECTOR RENAL COMPATIBLE CON HIDRONEFROSIS SEVERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER	N132	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-19	08:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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