

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | VILLAVICENCIO    | KATHERINE LISBETH | 12                  | 09  | 1993 | 32 años, 9 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313864694        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | COTOPAXI y MALECON           | 099-282-1743 /       |
| 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                 | 1313864694      | 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  | 07  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD CON APP: HIDRONEFROSIS (2023) APF: NIEGA, AQX: NO REFIERE AA: NIEGA. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE ECOGRAFIA Y SOLICITUD DE REFERENCIA A NEFROLOGIA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE POR DOLOR EN FLANCO DERECHO EVA 8/10, ADEMAS REFIERE PRESENTAR INFECCION DE VIAS URINARIAS A REPETICION, NIEGA FIENRE, MALESTAR GENERAL O ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. NORMOCEFALO, NO ADENOMEGALIAS, TORAX SIMETRICO, CSPTS VENTRIALDOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, PUÑO PERCUSION POSITIVA DERECHA, EXTREMIDADES SEMTRICAS, EDEMA +. SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGO ACEPTABLE, IMC NORMAL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ID: RIÑON DERECHO PRESENCIA DE UTEROPIELOECTASIA DE ETIOLOGIA A DETERMINAR (LITIASIS Y/O PELVIS EXTRA RENAL) / CAVIDAD ABDOMINAL DISTENCION DE ASAS POR GASES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS HIDRONEFROSIS Y LAS NO ESPECIFICADAS | N133   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 09:15 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 09:15 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

