

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FALLAIN	ALVAREZ	MARCOS LENIN	10	03	1994	30 años, 10 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314771773	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCEDES y WASHINGTON	096-799-2447 /
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	1314771773	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	02	06
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 DE 30 AÑOS DE EDAD, APP AGENESIA RENAL DERECHA- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, LITIASIS RENAL .INDICA QUE ESTUVO EN HEMODIALISIS 10 SESIONES HACE 4 AÑOS . ESTABA EN SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD POR LITIASIS RENAL EN EL RIÑON IZQUIERDO, PRESENTA COLICOS RENALES MODERADOS FRECUENTES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, PUÑOPECUSION POSITIVA. EN REGION LUMBAR IZQUIERDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON AGENESIA RENAL Y DIAGNOSTICO DE LITIASIS RENAL EN RIÑON IZQUIERDO, CON COLICOS RENALES FRECUENTES QUE NECESITA SEGUIMIENTO Y VALORACION POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AGENESIA RENAL, UNILATERAL	Q600		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	10:41	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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 clínico

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