

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	MIRIAN ALEXANDRA	05	04	1986	38 años, 9 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315268571	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NUEVA VIDA y TEMPLO ENVAGELICO	099-558-7534 / (99)-999-9999
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	1315268571	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	01	22
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 38 AÑOS . APP: CALCULO RENAL. EPILEPSIA A LOS 12-15 AÑOS TTO CARBAMAZEPINA 800MG(400MG DIA / 400MG NOCHE). APF: MAMA CON CALCULOS RENALES/ 2 HERMANOS Y 1 HERMANA CON EPILEPSIA. APQX: SALPINGECTOMIA. NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.ACUDE POR EMERGENCIA POR PRESENTAR DOLOR LUMBAR SEVERO QUE SE IRRADIA A FOSAS ILIACA. TRAE ECOGRAFIA RENAL, RIÑON DERECHO CON PRESENCIA DE MASA SOLIDA DE 15CM DE DIAMETRO Y EN RIÑON IZQUIERDO PRESENCIA DE ARENILLAS. SE ENVIA REFERENCIA A UROLOGIA / ANALGESIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: PRESENCIA DE CALCULO DE 15CM DE DIAMETRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CALCULO DEL RIÑON	N200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	17:24	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-01-22	17:24	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	