

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	SOLIS	MICHELLE ROXANA	22	11	2006	19 años, 7 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350758155	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SEGUA y LA SEGUA	098-475-5785 /
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	1350758155	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	07	07
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 19 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA REVISION EXAMENES Y ECOGRAFIA RENAL POR REFERIR DOLOR LUMBAR DE APROXIMADAMENTE 2 MESES, QUE EXACEBA CON ACCION FISICA , NO REFIERE NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA DE RELEVANCIA. PACIENTE AL MOMENTO ACTIVA, RECATIVA, AFEBRIL. PUÑO PERCUSION POSITIVO BILATERAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: RIÑON DERECHO: 98X47X43 MM, VOLUMEN 107.49 ML, FORMA Y TAMAÑO NORMAL. RELACION CORTICO MEDULAR CONSERVADA. EN ZONA MEDULAR IMAGENES ECOGENICAS QUE PROYECTAN SOMBRA DE CONO POSTERIOR DIVERSO DIAMETRO, EL MAYOR 6MM. COMPATIBLE CON LITIASIS, PELVIS RENAL NO VISIBLE//// RIÑON IZQUIERDO: 108X52X47 MM, LOCALIZACION, DFORMA Y TAMAÑO NORMAL. REDLACION CORTICO MEDULAR CONSERVADA. EN SENO MEDULAR Y CALICES IMAGENES ECOGENICAS MENORES DE 6 Y 7 MM DE IAMETRO SUGESTIVA A LITIASIS. PELVIS RENAL NO VISIBLE. IDX: LITIASIS REAL BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CALCULO DEL RIÑON	N200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	14:00	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-07	14:00	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

