

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GALARZA          | CALDERON         | DAYANA ELIZABETH | 05                  | 07  | 2016 | 9 años, 4 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352390189        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | JORGE GALLARDO y SN          | 098-765-1347 / (99)-672-6683 |
| 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                 | 1352390189      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2025  | 11  | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive☐

Saturación capacidad instalada☐

Ausencia temporal del profesional☐

Otros/especifique:☒

Falta de profesional☐

SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO PARA VALORACIÓN POR ENFERMEDAD CRONICA DE BASE (POLIQUISTOSIS RENAL)

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 9 AÑOS CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE POLIQUISTOSIS RENAL EN SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO Y DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS. ACUDE CON SU MADRE PARA CONTROL. DADO SU ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE BASE (POLIQUISTOSIS) Y LA NECESIDAD DE SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO PARA VALORACIÓN, INCLUYENDO MONITOREO DE PROGRESIÓN QUISTICA, CONTROL DE FUNCIÓN RENAL, SE CONSIDERA PERTINENTE REFERIR PARA CONTROL INTEGRAL Y SEGUIMIENTO CONTINUO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0987651347

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------|--------|-----|-----|
| RIÑON POLIQUISTICO, TIPO NO ESPECIFICADO | Q613   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-19 | 08:39 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-11-19 | 08:39 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |