

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
ALCIVAR	VERDUGA	DEYKER ALDAIR	20	11	4 años, 10 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353273798	MANABI	CHONE	CARLOS CANCHA Y	096-797-5653 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Conveciona/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353273798	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024 10 17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	año mes día

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 4 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFEIERE. ES TRAIDO POR SU MADRE QUIEN REFIERE DESDE HACE APROX 11 DIAS QUE SE CARACTERIZA POR DOLOR ABDOMINAL Y LUMBAR DE MODERADA INTENSIDAD, POR LO QUE REALIZA ECOGRAFIA QUE REPORTA LITIASIS Y ECTASIA RENAL DERECHA. REFIERE MADRE QUE HACE 3 DIAS LLEVA A PEDIATRA POR PERSISTENCIA DE SINTOMAS QUIEN PRESCRIBE ATB (CEFUROXIMA) Y ANALGESIA (BUTILES COPOLAMINA MAS PARACETAMOL). NO OTRA SINTOMATOLOGIA. CEL: 0967975653.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: USG ABDOMINAL. RIÑON DERECHO: FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO, ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA HOMOGENEO, RELACION CORTICOMEDULAR CONSERVADA, SE OBSERVA PRESENCIA DE IMAGENES LITIASIS MENORES A 0.30CM. SE PARECIA ECTASIA, PELVIS RENAL COMPACTA. MEDIDAS : 6.83cmX3.48cmX3.67cm. VOL: 45.63ml.

Dr. Eni Lopera Rodríguez
MÉDICO CIRUJANO
Reg. MSP. L: 34 F: 79 N° 236

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CÁLCULO DEL RIÑÓN	N200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	09:14	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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
2024-10-17	09:14	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	