

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	JORDAN JOEL	06	07	2022	3 años, 6 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353915398	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO EL BEJUCO y	098-669-2924 / (99)-999-9999
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	1353915398	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	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 MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD, ACUDE AL CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RIÑON DERECHO PÉLVICO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: ABUELA PATERNA DIABÉTICA, ALERGIAS: NO REFIERE, ANTECEDENTE QUIRURGICO: NO REFIERE. AL MOMENTO MADRE REFIERE PACIENTE SIN SINTOMATOLOGÍA, ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA Y SEGUIMIENTO CON PEDIATRIA DEBIDO A RIÑÓN ECTÓPICO, PRESENTA LESIONES DE RASCADO EN PIEL DE EXTREMIDADES INFERIORES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB: 11.8, HTO: 35.3, VCM: 81.0, LEUCOCITOS: 8220, NEUTROFILOS: 47.1, LINFOCITOS: 20.8, PLAQUETAS: 290000, UREA: 23.97, CREATINIINA: 0.43, TGO: 38.49, TGP: 15.70 ULTRASONIDO: RIÑON DERECHO PÉLVICO DE VOLUMEN DISMINUIDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RIÑON ECTOPICO	Q632		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-22	14:05	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-01-22	14:05	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

