

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOZA	BASURTO	ISABELA MARYLEN	26	02	2025	1 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354578989	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA JUNIN y	097-975-5486 /
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	1354578989	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	05	15
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 DE 1 AÑO DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN BRAZOS DE SU MADRE POR REVISION DE ECOGRAFIA MAS REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO AL MOMENTO EN BRAZOS DE SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE ESTUVO INGRESADA EN EL HOSPITAL DE BAHIA POR INFECCION URINARIA NO ESPECIFICADA NO TRAE REFERENCIA INVERSA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA RENAL REALIZADA EN EQUIPO MINDRAY Y N8 CON TRASDUCTOR CONVEXO, RIÑON DERECHO ORTO TOPICO DE FORMA Y TAMAÑO CONSERVADA, ESTRUCTURA CONSERVADA CON SIGNOS DE HIDRONEGFROSIS GRADO 1, CON RELACION CORTICO MEDULAR CONSERVADA, CON GROSOR PARENQUIMATOSO CONSERVADO VASCULARIDAD CONSERVADA MIDE 7.7X4.6 CM, RIÑON IZQUIERDO ORTOTOPICO DE FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO, ECOESTRUCTURA CONSERVADA SIN SIGNOS DE HIDRONEFROSIS RELACION CORTICO MEDULAR CONSERVADO, CON GROSOR PARENQUIMATOSO CONSERVADO, VASCULARIDAD CONSERVADA MIDE 5.5X2.5 CM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HIDRONEFROSIS Y LAS NO ESPECIFICADAS	N133		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	09:34	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANA JULIA SORNOZA MENDOZA

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