

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	MUÑOZ	DAVID ABRAHAM	24	08	2025	0 años, 0 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354688622	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 6 DE DICIEMBRE y	098-521-0376 /
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	1354688622	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	09	12
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

ACUDE A PRIMER CONTROL MEDICO, TAMIZAJE METAOLICO REALIZADO 24 DE AGOSTO 2025, NACE POR CESAREA DE 38SEMANAS , AL MOMENTO AFEBRIL, ASINTOMATICO, CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, LLANTO VIGOROSO, RECIBIÓ VACUNAS DEL RECIEN NACIDO, REFIERE UN PROBLEMA RENAL DETECTADO EN ECOGRAFIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BILIRRUBINA TOTAL DIRECTA: 1.76 BILIRRUBINAS EN LIQUIDO: INDIRECTA 11.15 CREATININA: 0.43 ULTRASONIDO: RIÑON DERECHO E IZQUIERDO CON PRESENCIA DE HIDRONEFROSIS GRADO 3, CON DILATACION URETERAL PROXIMAL. EMO: PROTEINURIA 10.15, CREATININA 46.53

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-12	09:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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