

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTAÑEDA	ZAMBRANO	CRESCENCIO ARMANDO	10	08	1958	66 años, 11 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708923741	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	BARRIO PATRIA NUEVA y	000-000-0000 /
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	1708923741	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN	HOSPITAL BASICO	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nefrología		2025	08	06
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 sin app , ni apqx, no alergias, con cuadro de 2 años de dolor a nivel lumbar izquierdo con irradiación a región pierna ipsilateral, por dicho dolor se envía a realizar una ecografia renal donde s e evidencia a nivel renal izquierdo imagen tipo masa de aspecto quístico con vascularidad

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: Glucosa 84 mg/dL , Urea 21.2 mg/dL , Creatinina 0.91 mg/dL, Ácido Úrico 5.46 mg/dl , ALBÚMINA 4.8 g/dL , Colesterol 206 mg/dL , Triglicéridos 111 mg/dL , TGO/AST 36.22 U/L , TGP/ALT 22.97 ULTRAS ONIDO: ECOGRAFÍA : RIÑÓN IZQUIERDO LEVE DILATACIÓN MEDULAR Y QUISTE RENAL IZQUIERDO EN POLO INFERIOR DE CORTEZA (MASA DE ASPECTO QUÍSTICO DE PAREDES DELGADAS, EN SU INTERIOR IMÁGENES SÓLIDAS DE 14.5X16X14.9 MM, VOLUMEN 1829 ML, CON VASCULARIZACIÓN INTERNA)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD QUISTICA DEL RIÑON, NO ESPECIFICADA	Q619		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	15:28	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	

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
2025-08-06	15:28	Medicina Interna	YAIRA ELIZABETH BRAVO JARAMILLO	1308331469	