

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| QUIROZ           | SANDOVAL         | MARIA ANGELICA | 01                  | 03  | 1995 | 31 años, 4 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1750160812        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | HORCONCITOS y HORCONCITOS    | 099-348-8759 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1750160812      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                  |                  |              |      | Fecha |     |  |
|---------------------|----------------------------------|------------------|--------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Nefrología   | 2026 | 07    | 03  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud         | Servicio         | Especialidad | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 31 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EXTERNA PARA REVISIÓN DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y RENAL PREVIAMENTE SOLICITADA, LA CUAL REPORTA URETEROLITIASIS, HIDRONEFROSIS Y ESTEATOSIS HEPÁTICA. AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN FOSA RENAL, DOLOR LUMBAR TIPO CÓLICO, DISURIA, POLAQUIURIA, HEMATURIA, NÁUSEAS O VÓMITOS. NIEGA FIEBRE, ESCALOFRÍOS, ANURIA, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DETERIORO DEL ESTADO GENERAL, ICTERICIA, VÓMITOS PERSISTENTES, DOLOR TORÁCICO O DISNEA. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. POR HALLAZGO ECOGRÁFICO DE CÁLCULO URETERAL ASOCIADO A HIDRONEFROSIS. PACIENTE ALGICA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: URETEROLITIASIS DERECHA HIDRONEFROSIS DERECHA GII Y ESTEATOSIS HEPÁTICA GII

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| UROPATIA OBSTRUCTIVA Y POR REFLUJO, SIN OTRA ESPECIFICACION | N139   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-03 | 12:56 | Medicina Rural | MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA | 1312194671 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-03 | 12:56 | Medicina Rural | MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA | 1312194671 |       |