



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	Convento	CS-A	1354670604							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Andrade	Lopez	Lucas	Camilo	H	25-07-2025	0	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0960157807		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.					
		2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.					
		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive				X	
		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
		5. Problemas de infraestructura.									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130353									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 5 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO CON EXAMENECOGRAFICO REALIZADO EL 17/12/2025. APP: CRIPTORQUIDEA SE SOLICITA SEGUIMIENTO CON AREA DE PEDIATRIA. APF: NO REFIERE AQX :NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ES TABLE- NO SIGNOS DE DIS TRES S RES PIRATORIO- ACTIVO- ELECTIVO- AFEBRIL. DENVERNORMAL. TAMIZAJEDE VIOLENCIA NEGATIVO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRAS ONIDO: TESTICULO IZQUIERDO: EN PORYECCION DEL BORDE EXTERNO DEL CONDUCTO INGUINAL IZQUIERDO S E OBS ERVAIMAGEN COMPATIBLE CON TESTICULO EL CUAL ES ISOECOGENICO- DE REBORDES LOBULADOS SIN LES IONES EXPANSIVAS OIMAGENES MICROLITIASICAS . DOPPLER NEGATIVO . TESTICULO MIDE 14X7X10. EPIDIDIMO NO VALORABLE- NO S E EVIDENCIAPRES ENCIA DE S ACO HERNIANO EN REGION INGUINAL : ID: CRIPTORQUIDEA IZQUIERDA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Testiculo No Descendido Unilateral		Q531		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-26	09:27	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310675093				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	