

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANCHEZ	BARBERAN	CRISTHIAN RAFAEL	14	11	2000	23 años, 9 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316000197	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y SN	099-343-1491 /
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	1316000197	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR		Consulta externa	Urología	2024	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

PACIENTE DE 23 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN INGUINAL DERECHA DE 3 MESES DE EVOLUCION. REFIERE QUE TODO EMPEZÓ AL LEVANTAR UN SACO PESADO, SINTIENDO DOLOR A NIVEL DE LOS ESCROTOS , REFIERE QUE SE INTENSIFICA AL REALIZAR EJERCICIOS O DEPORTE. AL EXAMEN FISICO: DOLOR EN REGION DE TESTICULO DERECHO A LA PALPACION. SE REALIZA ECOGRAFIA QUE REPORTA HIDROCELE BILATERAL. SE REALIZA REFERENCIA CON UROLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TESTICULO DERECHO E IZQUIERDO PRESENCIA EN SU INTERIOR DE MICROLITIASIS DISPERSA. HIDROCELE DERECHO CON UN VOLUMEN DE 5 CM3. HIDROCELE IZQUIERDO CON UN VOLUMEN DE 6.3 ML. CABEZA DE EPIDIDIMO IZQUIERDO PRESENCIA DE QUISTE SIMPLE DE 6 MM X 5.1 MM. LITIASIS RENAL DERCHA DE 8 MM DE 7.3 MM.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDROCELE, NO ESPECIFICADO	N433		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-12	15:30	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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
2024-09-12	15:30	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

