

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RIVAS	LIAM ALEXANDER	30	08	2019	6 años, 3 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	0851670620	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	14 DE AGOSTO y	099-861-5021 /
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	0851670620	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2025	12	29	
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 MASCULINO DE 6 AÑOS ES TRAIIDO POR SU MADRE DEBIDO A QUE PRESENTA SEGUN ELLA REFIERE TESTICULOS EN ASCENSOR, ADEMAS PRESENTA DOLOR A NIVEL TESTICULAR DE FORMA INTERMITENTE Y MALESTAR POR ESTA CAUSA, NIEGA OTROS SINTOMAS. PRESENTA RESULTADOS DE INFORME ECOGRAFICO REALIZADO DE FORMA PARTICULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: INFORME: LOS DOS TESTICULOS UBICADOS EN LA INGLE RESPECTIVA AL MOMENTO DEL ESTUDIO. TESTICULOS DE FORMA, TAMAÑO Y EOCGENICIDAD DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, SIN LESIONES FOCALES EN SU PARENQUIMA. EPIDIDIMOS DE CARCTERISTICAS ECOGRAFICAS NORMALES. EPIDIDIMO DERECHO MIDE: 0.49CM, EPIDIDIMO IZQUIERDO MIDE 0.38CM, VASCULARIZACION NORMAL BILATERAL. TESTICULO DERECHO MIDE 1.5*0.8*0.7CM, VOLUMEN DE 0.46CC, TESTICULO IZQUIERDO MIDE 1.5*0.7*0.6CM, VOLUMEN DE 0.39CC, VASCULARIZACION NORMAL BILATERAL. NO SE EVIDENCIA VARICOCELE, NI HIDROCELE. COMENTARIO: CRIPTORQUIDIA BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TESTICULO NO DESCENDIDO, BILATERAL	Q532		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		FIRMA
2025-12-29	12:20	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434		Firmado electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-29	12:20	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

