

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALVERDE	BAUTISTA	JUAN JOSE	26	10	2012	13 años, 7 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0932203458	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BUIJO y	096-985-2340 /
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	0932203458	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	27
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 13 AÑOS DE EDAD, AA: NO REFIERE PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR Y SENSACIÓN DE PESO A NIVEL ESCROTAL, DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, CON MAYOR MOLESTIA DURANTE LA DEAMBULACIÓN Y ESFUERZO FÍSICO. SE REALIZA VALORACIÓN ECOGRÁFICA EVIDENCIANDO DILATACIÓN Y REFLUJO VENOSO DEL PLEXO PAMPINIFORME DERECHO EN RELACIÓN A VARICOCELE GRADO III, ASÍ COMO DILATACIÓN Y REFLUJO VENOSO DEL PLEXO PAMPINIFORME IZQUIERDO EN RELACIÓN A VARICOCELE GRADO IV. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SIN SIGNOS DE COMPLICACIÓN AGUDA. POR HALLAZGOS CLÍNICOS E IMAGENOLÓGICOS, SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VARICES ESCROTALES	I861		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	08:57	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-27	08:57	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

