

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARTINEZ	MORA	ETHAN GAE	10	08	2023	2 años, 5 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0966735854	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA VANUTO y	098-901-0697 /
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	0966735854	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	02	02
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

LACTANTE DE 2 AÑO 5 MESES SIN APP DE IMPORTANCIA NACIO POR PARTO DISTOCICO A LAS 36 SG SIN COMPLICACION PRENATAL APQ NO, ALERGIA NO APF; ABUELA MATERNA CA UTERO -- ACUDE EN COMPAÑIA DE PADRES POR CUADRO CLINICO CARACTRIZADO POR FIMOSIS SIN RESOLUCION AL MOMENTO HITOS DEL DESARROLLO ACORDE EDAD. PESO ACORDE Y TALLA NO ACORDE A EDAD, * PESO ACTUAL 11,2KG *TALLA ACTUAL 82,3CM ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA. MADRE REFIERE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, HASTA LOS 15 MESES, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DESDE LOS 6 MESES AL EXAMEN FISICO TORAX; CS PS ; CLAROS Y VENTILADOS ABDOMEN; SUAVE, NO DOLOROSO DEPRESIBLE RHA, PRESENTES. GENITALES TESTICULOS EN BOLSAS ESCROTALES, PRESENCIA DE FIMOSIS EN GLANDE QUE IMPIDE SU RETRACCION NORMAL HOY ASINTOMATICO AFEBRIL, DIURESIS NORMAL, DEFECACION NORMAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	N47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-02	14:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-02-02	14:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	