

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| HORMAZA          | CEDEÑO           | ITER ARMANDO | 12                  | 08  | 1971 | 53 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        | 1307681641        | MANABI              | PICHINCHA | BARRAGANETE | CHORRILLO y                  | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1307681641      | BARRAGANETE              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D08 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Urología     | 2025  | 03  | 13  |
| 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

USUARIO CON APP DE HIPERTOFIA PROSTATICA G 2 VOLUMEN APROX 61.62 GRAMOS MAS QUISTE PROSTATICO VOLUMEN PREMICCIONAL EN VEGIGA DE 241CC Y PSO MICCIONAL 17CC CON SINTOMATOLOGIA DE 1 AÑO DE EVOLUCION DE PERDIDA DE FUERZA DE CHORRO MICCIONAL ERECCION DISMINUIDA LIBIDO DISMINUIDO MAS INCONTINENCIA.... ID HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA PLAN TAMSULON DUO QD 8PM SIN RESOLUCION TERAPEUTICA SE TRAMITA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PARA VALORACION POR UROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA COMPATIBLE CON HIPERTROFIA PROSTATICA G2

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------|--------|-----|-----|
| HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | N40X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-03-13 | 11:38 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-03-13 | 11:38 | Medicina Familiar Y Comunitaria | FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY | 1009-16-1448233 |       |