

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	FERRIN	CARLOS GUILLERMO	17	03	1974	51 años, 8 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307899805	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ATAHUALPA y 1ERO DE MAYO	098-255-0711 /
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	1307899805	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	12	09
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 51 AÑOS, APP: NO REFIERE, APF: PADRE HTA, MADRE EPILEPTICA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL MEDICO Y CERTIFICADO PARA EL MIEES PERSONA CUIDADORA. PACIENTE ACUDE CON PRESIONES ELEVADAS POR EL CUAL SE EMPIEXA TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO KOSARTAN 100 MG CLORTALIDONA DE 25 MGPACIENTE REFIERE QUE NO TOMA MEDICACION ALGUNA PARA HTA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE REFIERE ADEMAS HACE 3 AÑOS NOTA TESTICULO AUMENTANDO DE TAMAÑO MAS QUE ESO A LA EXPLORACION SE EVIDENCIA AUMENTADO DE TAMAÑO APARENTEMENTE LIQUIDO SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDROCELE ENQUISTADO	N430		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-09	11:58	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-12-09	11:58	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

