

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MERO	CARLOS ALEJANDRO	15	06	2002	23 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	1314431709	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NN y NN	099-737-4846 /
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	1314431709	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	Medicina Interna	2026	03	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

USUARIO QUE ACUDE POR REFERIR DOLOR DE GRAN INTENSIDAD SITUADO EN ZONA DE TESTÍCULOS LADO IZQUIERDO QUE SE IRRADIA A ZONA DE FLANCO IZQUIERDO Y ZONA LUMBAR ES LLEVADO A SALA DE EMERGENCIA DE HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA C. EN DONDE LE APLICAN MEDICACIÓN PARA LA ANALGESIA, POSTERIORMENTE LE REALIZAN ECOGRAFIA EN LA CUAL SE LE DIAGNOSTICA: NÓDULO HIPO ECO GÉNICO DE TESTÍCULO IZQUIERDO - MICRO CALCIFICACIONES - SE REQUIERE DE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA PARA CONTINUAR CON EL ANÁLISIS DEL CASO POR LO QUE SE HARÁ REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA: NÓDULOS HIPO ECO GÉNICO DEL TESTÍCULO IZQUIERDO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LOS TESTICULOS	D292	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	11:05	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firma electrónica por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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 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
2026-03-09	11:05	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	