

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUILLEN	MARCILLO	JEAN CARLOS	02	04	2003	21 años, 10 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314478858	MANABI	CHONE	CANUTO	ARGENTINA y MONTUFAR	098-904-3242 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314478858	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	02	06
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 DE SEXO MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD QUE LLEGA A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU SEÑORA MADRE PARA SOLICITUD DE REFERENCIA A AREA DE ONCOLOGIA. SE REALIZO ORQUIECTOMIA HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES POR LESION MIXTA SOLIDA QUISTICA TESTICULAR DERECHA DE PROBABLE TUMOR DE CELULAS GERMINALES NO SEMINOMATOSO. SEGUN FAMILIAR SE HA REALIZADO SESIONES DE QUIMIOTERAPIA EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DE LA CIUDAD DE QUITO. PACIENTE DECIDE NO CONTINUAR CON LAS SESIONES PERDIENDO LAS CITAS SUBSECUENTES. EN EL EXAMEN FISICO SE OBSERVA: PACIENTE CON BAJO PESO, PERDIDA DE CABELLO, MASA PALPABLE A NIVEL DE MESOGASTRIO NO DOLOROSA A LA PALPACION. SE REQUIERE REFERENCIA A AREA DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA: LESIÓN MIXTA SOLIDA QUISTICA POSIBLE TESTICULAR DERECHA TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES NO SEMINOMATOSO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO, NO ESPECIFICADO	C629		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	14:53	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2025-02-06	14:53	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

