

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	QUIIJE	JUAN VICENTE	09	11	2005	19 años, 3 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314642396	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	099-088-6918 /
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	1314642396	SANTA MARTHA	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	12	
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 19 AÑOS DE APP: ESCLEROSIS TUBEROSA, MEDICACIÓN: LEVETIRACETAM DE 1000 MG/DL, ALERGIA: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DE VOLUMEN DE TESTICULO IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE DOLOR Y PESADEZ. PACIENTE NOTA QUE PRESENTA DILATACIÓN DE VENAS. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA AUMENTO DEL TAMAÑO DEL TESTICULO IZQUIERDO, ACOMPAÑADO DE MASAS A LA PALPACIÓN. TELF DE CONTACTO 0963090125

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE LE SOLICITO ECOGRAFIA ESCOTRAL. CLINICA VARICOCELE. TELF DE CONTACTO 0963090125

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VARICES ESCROTALES	I861	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	10:29	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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