

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DIAZ	ZAMBRANO	KEVIN JOSSEPH	17	08	2005	19 años, 6 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314700905	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	098-181-1039 /
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	1314700905	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	03	07
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 EDAD , SEXO HOMBRE PRESENTA CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR Y EDEMA EN AMBOS TESTICULOS , QUE DISMINUYE CON ANALGESICO, PERO REAPARECE DOLOR DIFICULTA LAS RELACIONES SEXUALES , EXAMENES DE LABORATORIO REPORTA PARASITOSIS , ECO TESTICULAR REPORTA HIDROCELE DERECHO E IZQUIERDO, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO DE MEDICO ESPECIALISTA, 0998441854

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO TESTICULAR REPORTA HIDROCELE BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDROCELE, NO ESPECIFICADO	N433		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	10:23	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2025-03-07	10:23	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	