

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRIONES	GARCIA	ERICK ADAJAS	02	12	2013	10 años, 10 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351389489	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA 30 DE MARZO y	098-966-7078 / (99)-999-9999
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	1351389489	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	04
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 10 AÑOS DE EDAD ACUDE A CITA POR FIMOSIS GRADO 4, ABURLA REFIERE QUE SE LE HA INTENTADO AYUDAR MANUALMENTE PERO QUE NO AYUDO. AL EXAMEN FISICO PACIENTE POCO COLABORADOR, ABUELA TUVO QUE MOSTRAR ELLA MISMA YA QUE PACIENTE MANIFESTO NO QUERER SER REVISADO POR MEDICO. SE LOGRO OBSERVAR FIMOSIS APARENTEMENTE GRADO 3, ABUELA MANIFIESTA QUE ESTA MOSTRANDO MOLESTIAS AL ORINAR Y AL ASE O. AL MOMENTO TAMBIEN SE ENCUETRA CON CUADRO GRIPAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 10 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL PRESENTA FIMOSIS AL EXAMEN FISICO, PRESENTA DIFICULTAD AL ORINAR Y AL ASE O

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	N47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-04	13:43	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-10-04	13:43	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	