

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	FALCONEZ	EDDY ALEXANDER	22	09	2015	9 años, 4 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352199044	MANABI	CHONE	RICAUARTE	A y A	097-876-1694 /
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	1352199044	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	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 MASCULINO DE 9 AÑOS QUE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE. APP: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA EPILEPSIA. APOX: NO REFIERE. ALERGIA: NO REFIERE. MADRE REFIERE QUE DESDE PEQUEÑO EL NIÑO, NO SE PUEDE RETRAER EL PREPUCIO Y NIEGA SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. AL EXAMEN FÍSICO GENITAL SE EVIDENCIA PREPUCIO QUE CUBRE GLANDE, RETRAIBLE PERO NO EN SU TOTALIDAD POR FRENILLO CORTO. NO SE OBSERVA BALANITIS NI SIGNOS DE INFECCIÓN. PLAN: 1) REFERENCIA A PEDIATRIA (CONTACTO: 0978761694 / 0967046039 - MAMÀ FALCONES DAYANA)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FÍSICO GENITAL SE EVIDENCIA PREPUCIO QUE CUBRE GLANDE, RETRAIBLE PERO NO EN SU TOTALIDAD POR FRENILLO CORTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	09:39	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

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
2025-02-07	09:39	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	