

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	SOLORZANO	MATHIUS ISAAC	28	01	2016	10 años, 2 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352290934	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y ATRAS DEL PARQUE	098-789-8247 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1352290934	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	22
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	☐	FIMOSIS GRADO III	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 10 ANOS DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU PADRE A CONSULTA POR PRESENTAR RETRACCION DE PREPUCIO DE 1 MES DE EVOLUCION, FUE TRATADO CON MEDICAMENTO TOPICO (BETAPLUS) Y NO HUBO MEJORIA. PADRE NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDADES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ESTABLE, AFEBRIL, COLABORADOR. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA FIMOSIS GRADO III, CON DOLOR A LA MANIPULACION. PESO 29.8KG TALLA 130.3CM. 0987898247 - 0989063480
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FIMOSIS GRADO III

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	14:02	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-04-22	14:02	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	