

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP		1270	CS. LA ESTANCILLA	A	1352482226									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
HOLGUIN		CEDEÑO		DIERYK		MILCIADES		F	17/11/2016	8	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0961314553/ 961748990				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.								
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA		7. Insuficiencia de profesionales.								
						8. Inadecuada capacidad resolutoria								
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						
				2. Falta de espacio físico.										
				3. Falta de equipamiento.										
				4. Equipos en mal estado.										
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		PEDIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ESCOLAR DE 8 AÑOS ES TRAI DO A CONSULTA POR PRESENTAR DIFICULTAD PARA ORINAR DESDE EL NACIMIENTO . TRAS VARIOS EJERCICIOS REALIZADOS EN EL PREPUICIO NO SE HA LOGRADO COSEGUIR SU RETRACCION POR LO CUAL PRESENTA FIMOSIS GRADO 4 SIENDO REDUNDANTE IMPIDIENDO SU MICCION PROVOCANDO RETENCION DE ORINA EN SU INTERIOR FORMANDO UN ASPECTO DE GLOBO POR TODO ESTE CUADRO SE ENVIA PARA SU RESPECTIVA REVALORACION POR PEDIATRIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

FIMOSIS GRADO 4

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	PREPUICIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	N47X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
20/09/2024	13:00:00	ORLANDO		ALVAREZ		VARGAS	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
803149673							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			