

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	VELASQUEZ	LIEDSON ENRIQUE	21	04	2017	7 años, 8 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352582991	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	096-806-7192 / (09)-945-6959
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	1352582991	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	09
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 7 AÑOS 8 MESES DE EDAD. APP: NIEGA. APF: NIEGA. APQX: NIEGA. ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NIEGA. ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE QUIEN REFIERE LESION DERMATOLOGICA EN GENITALES. MISMAS APARECIERON HACE APROXIMADAMENTE 4 SEMANAS Y NO CEDEN ANTE LA ADMINSTRACION DE SARNOL RECETADO POR MEDICO PARTICULAR. NIEGA DOLOR, NIEGA FIEBRES, LEVE PRURITO. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA LESION NO VESICULAR EN PENE Y TESTICULOS (NO SE OBSERVA LESION EN REGION ANAL). CIRCULARES DE MARGENES BIEN DEFINIDICOS, DE APROXIMADAMENTE 3 A 5 MM DE DIAMETRO CADA UNA. SIN ERITEMA. SIN CALOR. SIN DOLOR A LA PALPACIÓN. SE PALPAN GANGLIOS LINFATICOS INGUINALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA ABORDAJE POR ESPECIALIDAD DE QUISTES EPIDERMICOS ESCROTALES Y EN PENE. DOMICILIO EL BEJUCO. CONTACTO 096-806-7192.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL PENE, NO ESPECIFICADO	N489	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	13:44	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-01-09	13:44	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

