

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRETO	MACIAS	DILAN SANTIAGO	11	09	2017	8 años, 2 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352696395	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	096-361-4585 /
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	1352696395	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	11
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

NIÑO DE 8 AÑOS SIN APP DE IMPORTANCIA ACUDE A CONTROL DE SALUD EN COMPAÑIA DE MADRE LA CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE 4 MESES CARACTERIZADO POR DISURIA Y CUADRO ESPORADICO DE DOLOR EN ZONA INGUINAL IZQUIERDO QUE SE PROTRUYE CUANDO REALIZA ACTIVIDADES EXTENUANTES AL EXAMEN FISICO: DOLOR EN REGION INGUINAL IZQUIERDO CON LEVE EDEMA, GENITALES; SE EVIDENCIA FIMOSIS HOY ALERTA NIEGA DOLOR EN ZONA INGUINAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESULTADOS DE LABORATORIOS EMO NO PATOLOGICO REPORTE DE ECO DE PARTES BLANDAS A NIVEL DE REGION INGUINAL IZQUIERDA ID SACO HERNIARIO CON CONTENIDO DE EPIPLON VISIBLE EN MANIOBRA DE VASALVA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-11	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-11-11	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	