

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ARIAS            | CEDEÑO           | ALEX ADRIAN | 20                  | 07  | 2018 | 7 años, 9 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                        | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352919276        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VIA CANUTO y CDLA JORGE GALLARDO | 099-917-4848 / (98)-092-7800 |
| 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                 | 1352919276                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                  |              |       | 13D07 / ZONA 4 |     |
|                     |                                          |                          |                                                      |                  |              |       |                |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |                  |              | Fecha |                |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          |                                                      | Consulta externa | Pediatría    | 2026  | 05             | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          |                                                      | Servicio         | Especialidad | día   | mes            | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Escolar masculino de 7 años de edad, traído a consulta por su madre, quien refiere dificultad para la retracción del prepucio. Al momento, paciente con apetito conservado, diuresis y deposiciones normales, sin otros síntomas asociados. Se evidencia Fimosis en evaluación clínica.,, |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| '' |
|----|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-05-19 | 11:41 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |  |

Validar únicamente en FirmaEC.  
Firmado electrónicamente por:  
DAVID GABRIEL MEZA  
MONTES

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-05-19 | 11:41 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |