

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROBLES	CEDEÑO	MATIAS JAVIER	13	09	2018	6 años, 4 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352963126	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CIPRIANO y	097-963-8899 /
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	1352963126	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	02	10
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 6 AÑOS, APP: NO REFIERE, APQX: NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR POR CAUDRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO DIFICULTAD PARA RETRACCION DE PREPUCIO NIEGA DOLOR / A LA EXPLORACION FISICA EXAMINACION DEL PREPUCIO SE EVIDENCIA FRENILLO PREPUCIAL CORTO, LEVE ERITEMA GLANDE, NO DOLOR, NO SECRECIONES, REFIERE MANIPULACION MANUAL AL BAÑARSE PARA DESCENDER PREPUCIO DE LARGA DATA Y USO DE CORTICOIDES LOCAL 1 MES DE USO EN GLANDE SIN MEJORIA DE CUADRO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LA EXPLORACION FISICA; PENE EXAMINACION DEL PREPUCIO SE EVIDENCIA FRENILLO PREPUCIAL CORTO, LEVE ERITEMA GLANDE, NO DOLOR, NO SECRECIONES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-10	13:39	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 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
2025-02-10	13:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	