

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| ALCIVAR          | MORALES          | JOSTHIN SEBASTIAN | 25                  | 09  | 2019 | 6 años, 0 meses, 1 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353234006        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | EL CERRO y                   | 093-980-9887 /      |
| 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                 | 1353234006      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2025  | 09  | 26  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                   |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada    | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | TESTICULO NO DESCENDIDO (DERECHO) |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE VENIR POR CONTROL. AL INTERROGATORIO MADRE SOLICITA ANTIPARASITARIO, REFIERE CONSTIPACION FRECUENTE. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA CRIPTORQUIDIA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| TESTICULO NO DESCENDIDO, UNILATERAL | Q531   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-26 | 08:37 | Medicina Rural | VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE | 1313436931 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-26 | 08:37 | Medicina Rural | VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE | 1313436931 |       |

