

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACAY	MOREIRA	MATHEWS STEPHANO	09	10	2019	5 años, 9 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353243759	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARRIO EL VERGEL y	098-655-2484 /
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	1353243759	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	08	05
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 5 AÑOS DE EDAD, NO REFIERE ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA. ACUDE A CONSULTA POR CLÍNICA DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR INFLAMACIÓN DE TESTÍCULO QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR TESTICULAR, ENROJECIMIENTO, ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA HACE 2 DÍAS, NIEGA DISURIA Y DEMÁS SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDAD. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TEL: 0986552484

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO	N459	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	15:05	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-08-05	15:05	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	