

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUGUERZA	ROSADO	MATHEUS EFREN	28	10	2019	6 años, 6 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353256355	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-286-2215 /
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	1353256355	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	15
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

☐

FIMOSIS TIPO II

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 6 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAIDO POR SU MADRE POR GRIPE, TOS Y ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA EN 2 OCASIONES HACE 1 SEMANA AUTOMEDICADO CON PARACETAMOL, ACTUALMENTE CURSA CON TOS PRODUCTIVA. MADRE REFIERE QUE AL MOMENTO DEL ASEO EL PREPUCIO NO SE RETRAE SE ACOMPAÑA DE DOLOR A LA MANIPULACION DE MAS O MENOS 5 AÑOS DE EVOLUCION, MENCIONA QUE EN CONSULTAS ANTERIORES NO LE HAN DADO TRATAMIENTO NI UNA SOLUCION. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL. AL EXAMEN FISICO GENERAL NORMAL, EN GENITALES SE EVIDENCIA FIMOSIS TIPO II. 0982862215 (MADRE)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FIMOSIS TIPO II

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-15	08:31	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-05-15	08:31	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

