

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	LOOR	KEYLER JOSE	27	12	2019	5 años, 1 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353294596	MANABI	CHONE	CANUTO	LA PIÑUELA y X	098-375-7995 /
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	1353294596	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / 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

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DEL PADRE EL CUAL INDICA QUE EL PACIENTE PRESENTA UN CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FORMACION DE ANILLO AREDEDOR DEL GLANDE AL MOMENTO DE RETRAER EL PREPUSIO, HA LLEGADO SEGUN EL PADRE AL PUTO DE HACER CONSTRICCION PROVOCANDO INFLAMACION E IRRETACION EN EL PACIENTE. EL PADRE INDICA QUE EL TAMBIEN PASO POR ESO EN SU INFANCIA Y SU PADRE TAMBIÉN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PREPUCIO ESTRECHO CON DIFICULTAD PARA RETRAERSE POR DETRÁS DEL GRANDE ADEMAS DE LIGERA INFLAMACIÓN Y ENROJECIMIENTO

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	14:16	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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 clínico

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	14:16	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	