

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VERGARA	JESUS IGNACIO	11	09	2020	4 años, 4 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353466814	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MERCEDES y RAYMUNDO AVEIGA	099-746-2864 /
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	1353466814	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	23
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 4 AÑOS DE EDAD ACOMPAÑADO DE SU ABUELA ACUDE A CONSULTA PORCHEQUEO DE RUTINA. APP NO REFIERE APF ABUELA MATERNA HIPERTENSA NIEGA CIRUGIAS NIEGA ALERGIAS. ABUELA REFIERE PERDIDAD DE APETITO AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ASINTOMATICO ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS NORMOCEFALO SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMAS A LA INSPECCION SE NOTA CRIPTORQUIDIA DEL TESTICULO DERECHO POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TESTICULO DERECHO NO DESCENDIDO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-23	08:45	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-01-23	08:45	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	