

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GONZABAY	ZAMORA	ALEX OSMAR	26	01	2021	5 años, 0 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	1353554676	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA LOS CHONANAS 2 SEGUNDA ENTRADA y	098-899-4731 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353554676	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	02	12
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

☐

PREPUCIO REDUNDANTE E HIPOSPADIA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 5 AÑOS CON DX HIPOSTADIA GLANDULAR, NO REFIERE ALERGIAS APQX: CIRCUNCISION 20/12/2023 MADRE REFIERE NO COMPLETARON LA CIRUGIA, AL MOMENTO DE ANESTESIA EL PACIENTE REALIZA PTEQUIAS. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO REACTIVO, MADRE MENCIONA SINTOMATOLOGIA DE PRURITO ANAL, DOLOR ABDOMINAL, FLATULENCIAS FETIDAS, AL MOMENTO AFERBIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PREPUCIO REDUNDANTE E HIPOSPADIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOSPADIAS DEL GLANDE	Q540		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	10:23	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
2026-02-12	10:23	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	