

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	FARIAS	SAMIR ELIEL	10	08	2021	4 años, 8 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	1353691015	MANABI	CHONE	CANUTO	COPETON y X	099-745-1603 /
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	1353691015	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	22
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 Y 8 MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE A CONSULTA POR CONTROL MÉDICO Y VALORACIÓN DE ÁREA GENITAL. MADRE REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO HA NOTADO QUE EL TESTÍCULO DERECHO “SE LE SUBE”, PERMANECIENDO EN OCASIONES EN POSICIÓN ALTA, ASOCIÁNDOSE A EPISODIOS OCASIONALES DE DOLOR LEVE LOCAL, SIN AUMENTO DE VOLUMEN, ERITEMA, CAMBIOS DE COLORACIÓN, TRAUMATISMO NI SINTOMATOLOGÍA URINARIA ACOMPAÑANTE. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TESTÍCULO IZQUIERDO EN ESCROTO Y TESTÍCULO DERECHO PALPABLE EN ZONA ESCROTAL ALTA, SIN DATOS DE PROCESO INFLAMATORIO AGUDO. PACIENTE SE ENCUENTRA ACTIVO, ALERTA, AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA. POR HALLAZGO CLÍNICO SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR CIRUGÍA PEDIÁTRICA PARA DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA Y CONDUCTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TESTÍCULO IZQUIERDO EN ESCROTO; TESTÍCULO DERECHO PALPABLE EN ZONA ESCROTAL ALTA, SIN ERITEMA NI AUMENTO DE VOLUMEN, NO EVIDENCIÁNDOSE DESCENSO COMPLETO A BOLSA ESCROTAL DURANTE LA VALORACIÓN.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	09:39	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-04-22	09:39	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	