

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	GABRIEL ANTONIO	01	04	2022	3 años, 9 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353849902	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MOCOCHAL y	099-362-4073 /
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	1353849902	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	01	19
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

LACTANTE DE 3 AÑOS 9 MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑIA CON SU MADRE QUIEN REFIERE CUADRO DE MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TESTICULOS RETRACTIL BILATERAL AL EXAMEN FISICO: GENITALES; AMBOS TESTICULOS SE PALPAN EN LA BOLSA ESCROTAL Y A LA PALPACION MANUAL ASCIENDEN A ZONA INGUINAL, NIEGA DOLOR, PESO Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD. HOY ALERTA Y ASINTOMATICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE DE ECO TESTICULAR: DETALLA AMBOS TESTICULOS LOCALIZADOS EN TERCIO MEDIO DEL CONDUCTO INGUINAL, CON ID, CRIPTORQUIDEA BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS TESTICULOS Y DEL ESCROTO	Q552	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	14:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-01-19	14:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	