

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	MYLAN GABRIEL	03	06	2022	2 años, 2 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353892902	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-532-0371 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1353892902	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024	08	06
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	☐	Q539	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE YA CON CONTROLES CON PEDIATRIA EN NAPOLEÓN, POR TESTICULO NO DESCENDIDO. A LA ESPERA DE ESTUDIO DE IMAGEN. 0962329883

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TESTICULO NO DESCENDIDO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Q539		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-06-06	10:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

Dr. Irving Buitron Nieto
C.I. 1011829818
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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	Distrto/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
2024-06-06	10:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	