

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ROMERO	JACOB KALED	12	08	2022	2 años, 3 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353941261	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE ROLDOS y X	098-750-6047 /
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	1353941261	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	13
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 2 AÑOS 3 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA CON HIPERTENSION ARTERIAL Y ABUELO PATERNO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE ACTIVO, ELECTIVO, AFEBRIL A LA CONSULTA. PESO NORMAL, TALLA BAJA PARA LA EDAD SE LE INDICA ZINC EL DIA DE HOY, CONTINUAR CON SEGUIMIENTO POSTERIOR. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL. NO SIGNOS DE ALARMA. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA TESTICULO IZQUIERDO NO DESCENDIDO, SE SOLICITA VALORACION CON ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO: TESTICULO IZQUIERDO NO DESCENDIDO EN ESCROTO. LABORATORIOS 07/07/2024 LEUCOCITOS 9.5, LINFO 5.1, GRANU 3.8, HGB 11.9, HEMATIES 4.59, HCTO 36.8. VCM 73.1, HCM 25.7, PLAQ 300, PCT 0.21

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-13	11:28	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-11-13	11:28	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

