

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	GARCIA	THIAGO GAEL	16	06	2023	2 años, 8 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	1354166397	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA A SALITRE y	096-214-7585 /
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	1354166397	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA CHONE	Consulta externa	Pediatría	2026	03	05
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 32 MESES DE EDAD EN COMPAÑÍA DE SU ABUELA, SE REALIZA ATENCIÓN EN CDI MAMA ANA, NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIAS, NO REFIERE FIEBRE, NO DIARREAS, NO VÓMITOS, AFEBRIL, ACTIVO, CURVAS DE CRECIMIENTO DENTRO DE LOS PERCENTILES NORMALES. APP: TRASTORNO DEL HABLA. AQX: NO REFIERE APF: NO REFIERE. TEP NORMAL . DENVER DUDOSO . ABUELA REFIERE QUE SE RELACIONA POCO CON OTROS NIÑOS. REFIERE SEGUIMIENTO CON PEDIATRÍA DE MANERA PARTICULAR. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HG: 12.4. --- HTC: 38.8 -- VCM : 82.3 --- GLOBULOS BLANCOS 8.3 -- LINFOCITOS: 3.4 --- GRANULOCITOS: 4.1 --- PLAQUETAS: 266,000. DENVER DUDOSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
Prepucio redundante, Fimosis y Parafimosis,		N47x		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	13:22	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-03-05	13:22	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	