

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FORTI	ORMAZA	LIAN DAVID	17	11	2023	0 años, 11 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354288407	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	098-202-4677 / (00)-000-0000
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	1354288407	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	24
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

PEDIATRICO DE 11 MESES CON ANTECEDENTES DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA QUE ACUDE POR CONTROL, EXAMEN FISICO: TESTICULOS NO DESCENDIDOS. SE REALIZA ECOGRAFIA QUE REPORTA CRIPTORQUIDEA BILATERAL. SE REALIZA REFERENCIA CON PEDIATRIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TESTICULO DERECHO VISIBLE EN EL CONDUCTO INGUINAL DE ECOGENISIDAD HOMOGENEA DE TAMAÑO NORMAL CAPSULA REGUAL TUNICA VAGINAL NORMAL. EL TESTICULO MIDE 1.3X0.63X0.73 CM , VOLUMEN TESTICULAR 0.32 CM3. EPIDIDIMO DE ESPESOR NORMAL. TESTICULO IZQUIERDO VISIBLE EN CONDUCTO INGUINAL . ID: CRIPTOQUIDEA BILATERAL
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-24	16:17	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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
2024-10-24	16:17	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	