

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	CEDEÑO	RYAN MATTIAS	06	12	2023	0 años, 8 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354303784	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	COLON y RAYMUNDO AVEIGA	097-975-1370 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354303784	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	08	12
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE QUE ACUDE JUNTO A SUS PADRES POR CONTROL DE SALUD, PESO Y TALLA ADECUADO, HITOS DEL DESARROLLO NORMAL, BUENA TOLERANCIA ORAL SE ALIMENTA CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA, ACTIVO REACTIVO, REFLEJOS PARA LA EDAD PRESENTES, SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, VACUNAS AL DIA SEGÚN ESQUEMA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE PALPA 1 SOLO TESTICULO DEL LADO IZQUIERDO, SE EVIDENCIA PREPUCIO LARGO SUGESTIVO DE FIMOSIS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS		N47X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-12	12:01	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2024-08-12	12:01	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	