

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	CAICEDO	YIPSON YOEL	07	02	2024	1 años, 1 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354339465	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	095-929-1948 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA DERIVACIÓN

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354339465	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	18
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO 1 MES DE EDAD CON PESO Y TALLA ADECUADO PARA LA EDAD, FEBRIL AL MOMENTO. TEST DE DENVER ADECUADO PARA LA EDAD. AL EXAMEN FÍSICO TESTICULOS NO SE PALPAN, MADRE REFIERE QUE LLEVA SEGUIMIENTO EN PEDIATRIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA Y ACUDE PARA SEGUIR CON CITAS MEDICAS. ECOGRAFÍA SE EVIDENCIA PRESENCIA DE TESTICULOS EN EL CONDUCTO INGUINAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CONOCIDO POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	11:07	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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