

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	VERA	JHOAN YAREL	06	06	2024	0 años, 3 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354417097	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO BRAVOS CHICOS VIA BOYACA y	095-949-6730 /
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	1354417097	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	10
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

PACIENTE DE 3 MESES DE EDAD, ES TRAÍDO PARA REVISIÓN DE ECOGRAFIA REALIZADA HACE VARIOS DIAS POR AUMENTO DE VOLUMEN ESCROTAL. MADRE REFIERE QUE TAMAÑO SE HA MANTENIDO, NO CAMBIO DE COLORACIÓN. NO OTRA SINTOMATOLOGIA. CEL: 0994726822.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: USG PARTES BLANDAS - TESTICULOS: TESTICULO DERECHO: FORMA Y TAMAÑO NORMAL, ECOGENICIDAD HOMOGENEA, SIN LITIASIS NI QUISTES. MIDE: 1.58CMx0.77CMx0.68CM. VOLUMEN: 0.44ML. FLUJO INTERTESTICULAR CONSERVADO. CABEZA DEL EPIDIDIMO DERECHO: SIN ALTERACIONES. TESTICULO IZQUIERDO: FORMA Y TAMAÑO NORMAL, ECOGENICIDAD HOMOGENEA, SIN LITIASIS NI QUISTES. MIDE: 1.30CMx0.73CMx0.50CM. VOLUMEN: 0.50ML. FLUJO INTERTESTICULAR CONSERVADO. CABEZA DEL EPIDIDIMO IZQUIERDO: SIN ALTERACIONES. BOLSAS ESCROTALES (DERECHA E IZQUIERDA): CON PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE. ID: HIDROCELE BILATERAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDROCELE, NO ESPECIFICADO	N433		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-10	15:03	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

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
2024-09-10	15:03	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	