

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	INTRIAGO	KIRIAN JADIEL	04	07	2024	0 años, 8 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354435388	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIRGEN DE MONSERRATE y SN	098-036-8391 /
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	1354435388	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	12
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

LACTANTE MASCULINO 8 MESES DE EDAD, CON LONGITUD ADECUADA PARA LA EDAD PERO QUE REQUIERE CONTROL, SE REALIZA INTERROGATORIO INDIRECTO (A LA MAMÁ), AL MOMENTO TRANQUILA, AFEBRIL, RECIBE LACTANCIA MATERNA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, DESARROLLO PSICOMOTRIZ ACORDE A LA EDAD, MADRE ACUDE CON ECOGRAFÍA DE TESTICULO DEBIDO A AUSENCIA DE TESTICULO DERECHO. EXAMEN FÍSICO: AUSENCIA DE TESTICULO DERECHO, TESTICULO IZQUIERDO NORMAL, NO PRESENCIA FIMOSIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TESTICULO DERECHO DE LOCALIZACION EN EL CONDUCTO INGUINAL, MIRE 1.7 X 0.86 X 0.77CM, TESTICULO IZQUIERDO MIRE 1.4 X 0.7 X 1 CM, LOCALIZACION NORMAL. DX: TESTICULO DERECHO NO DESCENDIDO CON LOCALIZACIÓN EN CONDUCTO INGUINAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	09:32	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
2025-03-12	09:32	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

