

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLA	CHAVEZ	JEAN LUCAS	05	07	2024	1 años, 0 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354436691	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y EMILI HIDALGO	096-906-9381 / (99)-999-9999
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	1354436691	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	16
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

PACIENTE MASCULINO DE 1A DE EDAD, AP: PECTUS EXCAVATUM, AF: NR, QX: NR. ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE ABUELA , LA CUAL AL MOMENTO NO REFIEREN SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA. CCURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ACORDES PARA LA EDAD. ALIMENTACION: ALIMENTOS SOLIDOS, ABUELA REFIERE BUEN APETITO. ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO, DEPOSICIONES Y DIURESIS NORMALES. TEST DE DENVER: NORMAL.AL EXAMEN FISICO DESTACA CRIPTORQUIDEA BILATERAL***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HGB: 11

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	22:36	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-07-16	22:36	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

