

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1354498915	1354498915					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MACIAS	GANCCHOZO	DAVID	PRIMITIVO	M	13/10/2024	1	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0984543070//0990545226		NO APORTA	MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva		X			
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			
			5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

LACTANTE DE 1 AÑO 2 MESES DE EDAD,QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD AMBULATORIAMENTE TRAIIDO POR MADRE, APP:PRENATALES OBTENIDO POR DE EMBARAZO PLANIFICADO POR CESAREA A LAS _38.4_ SG CON PESO 3340_ G;TALLA49 CM;APGAR 9/10; NO REANIMACION ; NO HOSPITALIZACIONES, CAIDA DEL CORDON UMBILICAL A LOS 15 DIAS . CON DESARROLLO ADECUADOAL MOMENTO NO REFIERE ALERGIAS A MEDICAMENTOS, NO INTERVENCIONES QUIRURGICAS, VACUNACION : ESQUEMA PENDIENTE SRP Y FIEBRE AMARILLA EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA, ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE LA CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LA AUSENCIA DE TESTICULO DERECHO Y LA APARICION INTERMITENTEMENTE DEL TESTICULO IZQUIERDO EN SACO ESCROTAL POR LO QUE SE ENVIA A REALIZAR ECOGRAFIA LA CUAL REPORTYA CRITORQUIDEA DERECHA Y TESTICULO EN ASCENSOR IZQUIERDO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	TESTICULO NO DESCENDIDO, UNILATERAL	Q531	X				
2	OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS TESTICULOS Y DEL ESCROTO	Q552	X				
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/12/2025		DENISSE	VELEZ	UTRERAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313903682			DISTRITO DE SALUD 13D12 Dra. Denisse Vanina Velez Utreras MEDICINA GENERAL REG. SENESCYT-1009-2017-14813969	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	

SNS-MSP/HCU -form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA