

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	RIVAS	MILAN JARED	03	10	2024	1 años, 0 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354511774	MANABI	CHONE	CONVENTO	LA HERMOSA y 1	098-281-1538 / (00)-000-0000
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	1354511774	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	10	22
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 MACULINO DE 1 AÑO Y 19 DIAS DE EDAD ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE SU MADRE. ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CRIPTORQUIDEA DEL TESTICULO DERECHO ECTOPIA DE TESTICULO IZQUIERDO REGION SUPRAESCROTAL AL MOMENTO AFEBRIL, COLABORADOR, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER NORMAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL: EUTORFICO. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPA VENTILADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA TESTICULAR CRIPTORQUIDEA DEL TESTICULO DERECHO REGION INGUINAL SUPERFICIAL EPTOPIA DEL TESTICULO IZQUIERDO REGION SUPRAESCROTAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ECTOPIA TESTICULAR	Q530		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-22	12:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-10-22	12:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

