

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	FARIAS	AXEL JARED	16	11	2024	1 años, 8 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354518548	MANABI	CHONE	CONVENTO	E 4C y ARES	096-781-9187 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354518548	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	07	17
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 20 MESES DE EDAD CON APP DE TALLA BAJA VIENE A ESTA CASA DE SALUD PARA REVISION DE EXAMENES ACOMPAÑADO DE SU MADRE PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE HIDROCELE CONGÉNITO, POR EL CUAL FUE SOMETIDO A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. ACUDE CON ESTUDIO DE CONTROL POSTERIOR, EL CUAL REPORTA ESCASO HIDROCELE BILATERAL. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A FEBRIL GLASGOW 15/15 ALERTA TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVOS E MANDA REFERENCIA A PEDIATIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ESCASO HIDROCELE BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDROCELE CONGENITO	P835		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	14:21	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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 clínico

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
2026-07-17	14:21	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	