

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	LOPEZ	LUCAS CAMILO	25	07	2025	0 años, 5 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	1354670604	MANABI	CHONE	CONVENTO	3 ESQUINAS y	096-015-7807 /
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	1354670604	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	26
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 5 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO CON EXAMEN ECOGRAFICO REALIZADO EL 17/12/2025. APP: CRIPTORQUIDEA SE SOLICITA SEGUIMIENTO CON AREA DE PEDIATRIA. APF: NO REFIERE AQX :NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ACTIVO, ELECTIVO, AFEBRIL. DENVER NORMAL. TAMIZAJEDE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: TESTICULO IZQUIERDO: EN PORYECCION DEL BORDE EXTERNO DEL CONDUCTO INGUINAL IZQUIERDO SE OBSERVA IMAGEN COMPATIBLE CON TESTICULO EL CUAL ES ISOECOGENICO, DE REBORDES LOBULADOS ISN LESIONES EXPANSIVAS O IMAGENES MICROLITIASICAS. DOPPLER NEGATIVO . TESTICULO MIDE 14X7X10. EPIDIDIMO NO VALORABLE, NO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE SACO HERNIANO EN REGION INGUINAL : ID: CRIPTORQUIDEA IZQUIERDA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TESTICULO NO DESCENDIDO, UNILATERAL	Q531		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-26	08:44	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2025-12-26	08:44	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

