

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | GARCIA           | JORGE ANDRES | 16                  | 09  | 2025 | 0 años, 6 meses, 2 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354702118        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | 10 DE AGOSTO y NN            | 097-883-0324 /       |
| 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                 | 1354702118      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2026  | 03  | 18  |
| 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

LACTANTE MENOR MASCULINO DE 6 MESES DE EDAD ES TRAIDA POR MADRE A CONSULTA DE CONTROL. APP NO REFIERE , APF . NO REFIERE. AL EXAMEN FISICO ESTADO NUTRICIONAL: PESO ELEVADO , TALLA NORMAL. CABEZA NORMOCEFALICA, MUCOSAS HUMEDAS. OJOS: PUPILAS REACTIVAS NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES BOCA: OROFARINGE NO PATOLÓGICA OÍDOS: PERMEABLES CUELLO SIN ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO. CSPA VENTILADOS. RSCS RITMICOS. SIN ADENOPATIAS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A PALPACIÓN SUPERFICIAL Y/O PROFUNDA RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES SUPERIORES SIN PATOLOGIA. EXTREMIDADES INFERIORES SIN PATOLOGIA. REFLEJO DEL MORO(+), REFLEJO DE PRESION (+), REFLEJO DE MARCHA (+), REFLEJO DE MARCHA (+), REFLEJO DE SUCCION (+), REFLEJO DE BABINSKI (+), MANIOBRA DE ORTALANI BARLOW(-). FONTANELA NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE NOTA ANILO A NIVEL INFERIOR DEL CUERPO DEL PENE, QUE DA COLORACION MORADA AL GLANDE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------|--------|-----|-----|
| PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS | N47X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 10:16 | Medicina Rural | HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA | 1314779040 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 10:16 | Medicina Rural | HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA | 1314779040 |       |

