

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	SABANDO	ANGEL DE JESUS	01	10	2025	0 años, 4 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354710996	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	COLON y BOWEN	096-985-7539 /
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	1354710996	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	02	12
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 DE 4 MESES CON ANTECEDENTE DE SER OBTENIDA POR CESAREA A LAS 41 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON PESO DE 3600 GRAMOS, TALLA 52 CM, PERÍMETRO CEFÁLICO 34 CM, APGAR 9 -10; QUE ACUDE CON SU MADRE POR CONTROL Y POR PRESENTAR RAFE SUBLINGUAL. AL MOMENTO AFEBRIL, CON BUEN REFLEJO DE SUCCIÓN Y TOLERANCIA ORAL, CON HITOS DEL DESARROLLO NORMAL. AL EXAMEN FISICO: BOCA PRESENCIA DE RAFE SUBLINGUAL, LIGERO ALARGAMIENTO DEL MEATO URINARIO, COMPATIBLE CON HIPOSPADIA GLANDULAR, PREPUCIO REDUNDANTE QUE SE DEBRIDA PARCIALMENTE. *** MADRE REFIERE RINORREA HIALIAN Y TOS PRODUCTIVA NO EXPECTORATIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA APOYO POR ESPECIALIDAD PARA VALORACION DE MEATO URINARIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA URETRA, NO ESPECIFICADO	N369		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	15:52	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Firmado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA
CUSME
Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-02-12	15:52	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	