

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVAREZ	CEDEÑO	ZARETH JOSSDRIAN	11	10	2025	0 años, 6 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354716712	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHE y OLGA MOREIRA	098-073-0542 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1354716712	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	05	07
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 MASCULINO DE 6 MESES 26 DIAS - PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO Y ALERTA. PESO Y TALLA DENTRO DE PERCENTILES ACORDE A LA EDAD. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, DEPOSICIONES Y DIURESIS NORMALES. EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS: PIEL ROSADA, FONTANELAS NORMOTENSAS, ABDOMEN BLANDO Y SIN ORGANOMEGALIAS - Presenta fimosis - ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, HITOS DE DESARROLLO NORMALES -Reconoce personas, ansiedad ante extraños Emite sílabas “ba, ma, da” Lleva objetos a la boca, agarra voluntariamente Se sienta con apoyo, rueda de boca a espalda

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

''

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	10:48	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES

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
2026-05-07	10:48	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	