

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	1354767392		1354767392				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
COAVOY		COABOY		KAYSER		M	13/01/2026	3m	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN					
0990605790 - 0997587573		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X	7. Insuficiencia de profesionales.					
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA			8. Inadecuada capacidad resolutive					
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

LACTANTE DE 3 MESES DE EDAD, PARTO DISTOCICO POR CESAREA SECUNDARIO A OLIGOHRAMNIO EN HOSPITAL DE CHONE, APP DE AUSENCIA DE TESTICULO IZQUIERDO, DIAGNOSTICADO EN CONTROL ANTERIOR. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

ECOGRAFIA TESTICULAR. TESTÍCULO DERECHO: NORMAL, MIDE 1.1 x 0.7 x 1.05 cm, CON VOLUMEN ESTIMADO DE 0.44 cc.

TESTÍCULO IZQUIERDO: BOLSA ESCROTAL VACÍA. TESTÍCULO IZQUIERDO LOCALIZADO EN CANAL INGUINAL A NIVEL DE ANILLO INGUINAL PROFUNDO, DE FORMA Y ECOTEXTURA CONSERVADA. DISMINUIDO DE TAMAÑO RESPECTO AL CONTRALATERAL, MIDE 1.1 x 0.6 x 0.8cm, CON VOLUMEN ESTIMADO DE 0.26 cc. VASCULARIZACION EN AMBOS TESTÍCULOS CONSERVADA.NO SE APRECIA HIDROCELE. IDx: CRIPTORQUIDEA IZQUIERDA.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TESTICULO NO DESCENDIDO, UNILATERAL	Q531		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
13/04/2026	1.51 pm	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINLAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	