

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	ROSADO	NN	10	04	2026	0 años, 0 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354815225	MANABI	CHONE	CONVENTO	SITIO LA ALIZANZA y	097-994-0945 /
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	1354815225	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	20
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 10 DIAS DE NACIDO TRAI DO POR SU MAMA REFIERE QUE VIENE A CONTROL DEL NIÑO, NO REFIERE VOMITOS, NO DIARREAS, NO SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO FIEBRE, INDICA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, NACIO EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA POR VIA CESAREA, PESO AL NACER 3425 GRAMOS, 39 SEMANAS PERIMETRO CEFALICO 36.0 CM, LONGITUD 50 CM, RECIBIO VACUNAS BCG YB HB, ACTIVO, ELECTIVO. CURVAS DE CRECIMIENTO ADECUADA. EXLORACION FISICA INGUINAL: TESTICULOS EN BOLSAS ESCROTALES, SIN PRESENCIA DE LESIONES, SE PALPA TESTICULO DERECHO DE CONSISTENCIA DURA, PETREA, NO ERTEMATOSO, MOVIL, DE APROXIMADAMNETE 3 CM DE DIAMETRO. ANALISIS: PACIENTE CON PRESENCIA DE SINROME TESTICULAR EN ESTUDIO. PLAN: SE ENVIA CONTROL ECOGRAFICO, SE CITA PARA TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL DENTRO DE 4 DIAS, SE REALIZA EDUCACIÓN DE LA HIGIENE CORPORAL, SALUD ORAL, PREVENCIÓN DE INFECCIONES, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y QUEMADURAS, CUIDADOS DE PIEL Y UÑAS, EDUCACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA, SEGUIR CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN, RFERENCIA A PEDIATRIA PARA VALORACION INTEGRAL, CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXPLORACION FISICA: FONTANELA NORMOTENSIVA, REFLEJO DE SUCCION ADECUADO, PRESION PLANTAR Y PALMAR ADECUADO, REFLEJO DE BABINKI POSITIVO, BARLO Y ORTOLANI NEGATIVO, REFLEJO D EBABINSKI POSITIVO. CABEZA: NORMOCEFÁLICO SIN PRESENCIA DE TRAUMATISMO, OJOS LA EXPLORACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EXTERNAS NORMALES, CON ESCLERAS Y CONJUNTIVAS SIN PRESENCIA DE ICTERICIA, PALIDEZ, NORMO COLOREADA. CAVIDAD ORAL NORMAL, REFLEJO DE SUCCION NORMAL Y REFLEJO OJO ROJO NORMALTESTICULOS EN BOLSAS ESCROTALES, SIN PRESENCIA DE LESIONE, SE PALPA TESTICULO DERECHO DE CONSISTENCIA DURA, PETREA, NO ERTEMATOSO, MOVIL, DE APROXIMADAMNETE 3 CM DE DIAMETRO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO NO ESPECIFICADO DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS	N509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-20	14:51	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	

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
2026-04-20	14:51	Medicina Rural	JEFFERSON ENRIQUE SABANDO CELORIO	1314467984	