

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELASQUEZ	ZAMBRANO	JACOB ARIEL	25	07	2023	2 años, 9 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	2352215863	MANABI	CHONE	CONVENTO	AGUAS MUERTAS y	099-067-0938 /
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	2352215863	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	27
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 2 AÑOS 9 MESES ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO MANIFESTANDO DOLOR EN SURCO BALANOPREPUCIAL DE 2 DIAS DE EVOLUCION. PACIENTE PRESENTA FIMOSIS. LIGERO EDEMA. TESTICULOS EN BOLSA ESCROTAL. SE REQUIERE VALORACION POR AREA DE PEDIATRIA. APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA,AFEBRIL ,ACTIVO. TEP NORMAL. DENVER NORMAL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HG: 12.2 -- HTC: 34.5 -- VCM: 76.9 --- PLAQUETAS: 297 -- GLOBULOS BLANCOS: 7.28 -- LINFOCITOS: 47.6 -- NEUTROFILOS: 44.6 -- EOSINOFILOS: 0.22

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	09:02	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-04-27	09:02	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	