

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MERA	DIDIMO GAELE	26	02	2024	1 años, 5 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352280040	MANABI	CHONE	BOYACA	BUENOS AIRES y	098-642-1801 /
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	2352280040	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría		2025	07	30
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 MAYOR MASCULINO DE 1 AÑOS 5 MESES DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO, MADRE REFIERE BUEN ESTADO DE SALUD, ALIMENTACIÓN SOLO LECHE MATERNA, NO DATOS DE IMPORTANCIA. AL MOMENTO LACTANTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, LLANTO, Y SUCCIÓN FUERTES. SEGÚN CURVAS DE PESO Y TALLA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. SE REALIZA TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA EN UNIDAD CON HEMOGLOBINOMETRO REPORTANDO 11.1, PACIENTE NO PRESENTA ANEMIA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PENE CON FIMOSIS COMPLETA, PREVIAMENTE SE HABIA INTENTADO RETRAER EL PREPUCIO SIN LOGRAR CAMBIOS, SE HABIA ACONSEJADO A MADRE DEL MENOR HACER CUIDADO DIARIO EN CASA SIN EMBARGO REFIERE NO OBTENER RESULTADOS FAVORABLES.

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
2025-07-30	09:00	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

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
2025-07-30	09:00	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

