



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	001414	Canuto	CS-A	1301342547								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Calderon	Mendoza	Adolfo	Marcial	H	30-04-1949	76	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-264-7317		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130352	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Cirugia General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD- CON DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL 43%- QUE ACUDE A CONS ULTA REFERIDO DEURGENCIAS HOSPITALARIAS. REFIERE QUE HACE 15 DÍAS ACUDIÓ A EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE CHONE POR DOLOR INTENSO ENEL TESTÍCULO IZQUIERDO- CALIFICADO CON UNA EVA DE 7/10- ASOCIADO A AUMENTO DE TAMAÑO TESTICULAR IZQUIERDO YPROFUNDO MALESTAR EN LA ZONA. AL EXAMEN FÍSICO- SE EVIDENCIA HERNIA INGUINO-ESCROTAL IZQUIERDA- CON ABULTAMIENTO ENLA ZONA ESCROTAL Y AUMENTO DEL VOLUMEN TESTICULAR IZQUIERDO. EL DOLOR PERSISTE- SOBRE TODO AL SENTARSE O REALIZARACTIVIDADES QUE REQUIEREN MOVIMIENTO O CAMINATA- LO QUE AFECTA S US FUNCIONES DIARIAS Y AMBULACIÓN. EN EL HOSPITAL-SE LE DIAGNOSTICÓ UNA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS- POR LO QUE SE INICIÓ TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICO Y PARACETAMOL-SIENDO DADO DE ALTA SIN REQUERIR HOSPITALIZACIÓN POSTERIOR. SE LE RECOMENDÓ ACERCARSE A UN CENTRO DE SALUD MáSCERCANO PARA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA Y EVALUAR POSIBLE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ACTUALMENTE- EL PACIENTE SEMANTIENE CON DOLOR PERSISTENTE EN EL TESTÍCULOS Y AUMENTO DEL TAMAÑO ESCROTAL- LO QUE LE DIFICULTA LA REALIZACIÓNDE S US ACTIVIDADES COTIDIANAS. NO REFIERE OTROS SÍNTOMAS RELEVANTES COMO FIEBRE- ALTERACIONES EN EL FLUJO URINARIOO SIGNOS DE ALARMA URGENTE. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
AUMENTO DE TAMAÑO EN AMBOS TESTÍCULOS- CON DOLOR A LA PALPACIÓN. EN LA REGIÓN INGUINAL IZQUIERDA SE OBSERVAABULTAMIENTO REDUCIBLE AL REALIZAR MANIOBRAS DE TOS. NO HAY SIGNOS DE INFLAMACIÓN O ENROJECIMIENTO LOCAL

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hernia Inguinal Unilateral O No Especificada Sin Obstruccion Ni Gangrena	K409	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-16	03:19	Hector	Alarcon	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1314410208				

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICOPRE= 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		