



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	San Antonio	CS-A	1306551936									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Cedeño	Espinoza	Pedro	Eudaldo	H	01-08-1969	56	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0987369275 /		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	130350	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	Cirugía General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE ADULTO MEDIO DE MASCULINO CON DISCAPACIDAD DE 51% FISICA BRAZO AMPUTADO- AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR- CEFALEA TENSIONALES DESDE HACE DIAS- MENCIONA TOMAR ENALAPRIL 10 MG POR DIAGNOSTICO DE HTA HACE UN AÑOS- MENCIONA NO TOMAR MEDICACION POR LA CEFALAEQUE MEJORA EL CUADRO - NO ALZA TERMICA- ESCALOFRIOS- CUADRO GRIPAL HACE UNOS 20 DIAS- AL MOMENTO AFEBRIL- MENCIONA DOLOR EN REGION INGUINAL AL EXAMEN FISICO SE NOTA PROTUBERANCIA DE SACO HERNIARIO EN ZONA INGUINAL A LA MANIOBRA DE VALSALVA DE LADO DERECHO E IZQUIERDO - DOLOR- USO DE PRENDAS APRETADAS PARA EVITAR PROTUCION EN ZONA INGUINAL- MENCIONA DOLOR INTENSO AL LEVANTAR COSAS- COLABORA CON EL INTERROGATORIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SE REALIZA RASTREO EN TIEMPO REAL EN EQUIPO SAMSUNG SONOACER7 CON SONDA LINEAL MULTIFRECUENCIA- UBICÁNDOSE A NIVEL DEL CANAL INGUINAL IZQUIERDO. SE VISUALIZA IMAGEN HIPOECOGENICO DE CONTENIDO ECOMIXTO MÓVIL RETRÁCTIL A LA PRESION CON EL TRANSDUCTOR SUGESTIVO PARA SACO HERNIARIO. MIDE APROXIMADAMENTE EN REPOSO 1.60 CM X 0.75CM Y ANILLO HERNIARIO: 0.45CM- EN MANIOBRA DE VALSALVA SE APRECIAN MEDIDAS APROXIMADAS 2.77CM X 1.02CM- ANILLO HERNIARIO. 0.85CM. NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES A NIVEL DE TEJIDO ADIPOSO NI TCSC- RELACIONADO A HERNIA INGUINAL IZQUIERDA INDIRECTA* SE REALIZA RASTREO DE REGIÓN INGUINAL DERECHA OBSERVÁNDOSE CON RESPIRACIÓN NORMAL ESTRUCTURAS ANATÓMICAS NORMALES;A LA MANIOBRA DE VALSALVA SE EVIDENCIA LA SALIDA DE SACO HERNIARIO QUE MIDE APROXIMADAMENTE 1.34 CM X 1.62CM CM; CON ANILLO HERNIARIO DE 0.52 CM; CUADRO COMPATIBLE CON HERNIA INGUINAL DERECHA DIRECTA.CONCLUSIONES:* HERNIA INGUINAL BILATERAL

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hernia Inguinal Bilateral Sin Obstruccion Ni Gangrena	K402		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-09	03:45	Esther	Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311821787				

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		