

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	GUTIERREZ	MAURO BOLIVAR	14	12	1936	89 años, 6 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	1300598750	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	098-183-3488 /
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	1300598750	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2026	06	16
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 89 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DE 50 MG, APQ: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, PACIENTE ACUDE A CONTROL EN COMPAÑÍA DE SU HIJA POR PRESENTAR ABULTAMIENTO COMPATIBLE CON HERNIA INGUINAL IZQUIERDA DIAGNOSTICADA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS, PERO AL MOMENTO REFIERE HA AUMENTADO DE TAMAÑO Y OCASIONA DOLOR, AL EXAMEN FISICO: SE OBSERVA ABULTAMIENTO EN REGION INGUINO ESCROTAL IZQUIERDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: REGION INGUINO ESCROTAL IZQUIERDA PRESENCIA DE MASA HETEROGENEA SUBCUTANEA REDUCIBLE COMPATIBLE CON CONTENIDO HERNIARIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K409		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-16	12:07	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-06-16	12:07	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	