

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		1246	CS TOSAGUA		C	1300923867		1300923867						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO		CEDEÑO		CESAR		OSCAR		M	22/03/1944	81	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0994557234 - 0990391444		JUBILADO IESS CAMPESINO		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X		8. Inadecuada capacidad resolutive						
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA				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 NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO CON APP DE HTA CON TTO CON AMLODIPINO 10mg/VALSARTAN 160mg, HIPERPLASIA PROSTATICA CON TTO CON TAMSULOSINA 0.4mg, CAMBIO DE VALVULA CARDIACA MEDIANTE CATETERISMO HACE 2 AÑOS, SANGRADO GASTROINTESTINAL POR ULCERA PEPTICA Y POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR. REFIERE PRESENCIA DE HERNIA INGUINAL DERECHA DE +/- 5 AÑOS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO QUE LE DIFICULTA LA LOCOMOCION, POR LO QUE SE ENVIA A SU SERVICIO PARA DETERMINAR POSIBLE TTO QUIRURGICO.

15/12/2025. CIELOS NUEVOS: ECOGRAFIA ZONA INGUINAL DERECHA: SE OBSERVA ANILLO HERNIARIO DE 0.91cm CON LA MANIOBRA DE VALSALVA MIDE 3.31cm INFERIOR A CANAL INGUINAL, ASAS INTESTINALES EN SACO HERNIARIO QUE DISMINUYE PARCIALMENTE DURANTE EL REPOSO , MUESTRA CONTENIDO HETEROGÉNEO. LA MUSCULATURA NO MUESTRA SIGNOS DE ALTERACIÓN.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGREN	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	
16/12/2025	11.15 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= 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	