

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres   | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ALCIVAR          | SANTANA          | CRISTOBAL | 02                  | 07  | 1943 | 82 años, 11 meses, 20 días | Hombre  |
|                  |                  |           | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1301397244        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CANUTO y                     | 098-500-2453 /      |
| 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                 | 1301397244      | CANUTO                   | 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  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad    | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 86 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA. REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE MASA O ABULTAMIENTO EN REGIÓN INGUINAL, LA CUAL AUMENTA DE TAMAÑO CON LA TOS, ESFUERZO FÍSICO O MANIOBRAS DE VALSALVA, ASOCIÁNDOSE A DOLOR LOCAL OCASIONAL. AL MOMENTO PACIENTE SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN Náuseas, SIN VÓMITOS, SIN DISTENSIÓN ABDOMINAL, SIN CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL Y SIN SIGNOS DE ALARMA. CUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE HERNIA INGUINAL, POR LO QUE SE INDICA VALORACIÓN MÉDICA, MEDIDAS GENERALES Y REFERENCIA A CIRUGÍA GENERAL PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DEFINITIVO. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESENCIA DE MASA O ABULTAMIENTO EN REGIÓN INGUINAL, LA CUAL AUMENTA DE TAMAÑO CON LA TOS, ESFUERZO FÍSICO O MANIOBRAS DE VALSALVA, ASOCIÁNDOSE A DOLOR LOCAL OCASIONAL. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-06-22 | 22:16 | Medicina Rural | MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA | 1316516853 | <div><div>Milena Fernanda Macias Mejia</div><div></div></div> |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-22 | 22:16 | Medicina Rural | MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA | 1316516853 |       |

