

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	HERMELINDO	ARTIMIDORO	24	06	1939	86 años, 1 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301995112	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	RECINTO RIO AMAZONAS y	098-997-4200 /
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	1301995112	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	08	14
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 84 AÑOS CON APP: CALCULOS RENALES E HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG QD. APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE AA: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR DE LEVE A MODERDA INTENSIDAD EN REGION INGUINAL DERECHA QUE SE EXCERBA A LA DEAMBULACION. TRAE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DONDE SE OBSERVA HERNIA INGUINAL DERECHA. AL EXAMEN FISICA SE PALPA MASA SUAVE, DOLOROSA A LA PALPACION EN REGION INGUINAL DERECHA. PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL, COLABORA CON EL INTERROGATORIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DONDE SE OBSERVA HERNIA INGUINAL DERECHA SIN OBSTRUCCION, NI ESTRANGULACION.

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
2025-08-14	15:41	Medicina Rural	ROSA TATIANA CASTILLO JIMA	1150388120	

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 clínico

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
2025-08-14	15:41	Medicina Rural	ROSA TATIANA CASTILLO JIMA	1150388120	