

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ZAMORA	VICTOR MANUEL	18	04	1958	67 años, 11 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303427684	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUERTO ARTURO y S	099-005-3974 /
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	1303427684	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2026	04	01
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 67 AÑOS DE EDAD APP: HTA Y DIABETICO, APQ: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, ACUDE CON CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 17 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADP POR LA APARICION DE UNA MASA O PROTUSION EN LA REGION INGUINAL DERECHA. INICIALMENTE LA MASA SE PRESENTABA DE FROMA INTERMITENTE MANIFESTANDOSE PRINCIPALMENTE TRAS REALIZAR ESFUERZOS FISICOS Y REDUCIENDOSE ESPONTANEAMENTE AL DECUBITO. EN LAS ULTIMAS SEMANAS EL PACIENTE REPORTA UN INCREMENTE EN LA FRECUENCIA Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR DESCRITO COMO TIPO URENTE (QUEMANTE) Y PESADEZ, QUE LIMITA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA DONDE SE OBSERVA UN DX DE HERNIA INGUINAL DERECHA. AL MOMENTO DE LA VALORACION NIEGA SINTOMAS COMO NAUSEA, VOMITOS, PERO DAD LA SINTOMATOLOGIA Y EL RIESGO DE COMPLICACIONES AGUDAS SE DECUDE REALIZAR REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO CON ESPECIALISTA. 0990053974

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

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
2026-04-01	09:29	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-04-01	09:29	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

