

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PUENTES	LOOR	IRLANDA DIOPAGUITA	09	07	1959	66 años, 8 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303608960	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SEGUA y	098-572-0316 /
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	1303608960	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	03	17
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	☐	HERNIA INGUINAL DERECHA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 66 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN REGION INGUINAL, NO MENCIONA CAMBIOS DE COLORACION , AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIA PROTUBERANCIA A SIMPLE VISTA, PERO A L REALIZAR MANIOBRA DE VALSALVA PROTUYE EN REGION INGUINAL DERECHA, REDUCIBLE PACCIENTE ACTIVA REACTIVA, AL MOMENTO AFEBRIL TEFL 0985720316

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: REGION INGUINAL DERECHA: se visualiza protrusion de la grasa intraabdominal a traves del canal inguinal derecho que mide 1.1 cm de diámetro anteroposterior por 1.1 cm de diámetro transverso, contenido herniario reductible. REGION INGUINAL IZQUIERDA: no se evidencia hernia inguinalCONCLUSIONES Y SUGERENCIAS HERNIA INGUINAL DERECHA, REDUCTIBLE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K402		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-17	10:05	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-03-17	10:05	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

