

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEMER A	BONET	SAULO HUMBERTO	23	09	1965	59 años, 10 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304653940	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	098-700-9313 /
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	1304653940	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	08	15
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 DE 59 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. APF PAPA HTA. MAMA DM2. ACUDE EL DIA DE HOY POR HERNIA INGUINAL DERECHA DESDE HACE 30 AÑOS , ACOMPAÑADO DE DOLOR TESTICULAR, METEORISMO. AL INTERROGATORIO REFIERE QUE LE HAN OPERADO 3 VECES DE LA HERNIA INGUINAL DERECHA, LA ULTIMA CIRUGIA REALIZADA HACE 2 AÑOS,Y AUN ASI MANTIENE LA HERNIA INGUINAL. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MASA A NIVEL INGUINAL DERECHA DE TAMAÑO APROXIMADAMENTE 10 CM, QUE SE EXTIENDE HASTA EL TESTICULO DERECHO, SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION DE TESTICULO DERECHO, DE BORDES LISOS, BORDES LIMITADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE.

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
2025-08-15	12:18	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-08-15	12:18	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	