

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CASTAÑEDA	JESUS DANIEL	10	04	1962	64 años, 2 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307518892	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SN y SN	096-880-7335 /
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	1307518892	RICAURTE	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	11
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 64 AÑOS ACUDE POR DOLOR ABDOMINAL TIPO PUNZANTE EN FOSA ILÍACA DERECHA, QUE IRRADIA HASTA EL HIPOCONDRIO DERECHO, DE INTENSIDAD MODERADA Y SUFICIENTE PARA LIMITAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS. AL EXAMEN FÍSICO SE PALPA UNA MASA DURA, NO MÓVIL, NO RETRÁCTIL, DEFINIDA Y DOLOROSA A LA PALPACIÓN. ANTE LA CLÍNICA Y LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS SE SOLICITA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN Y VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE REALIZA ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS EN REGIÓN INGUINAL DERECHA. PIEL LINEAL HIPERECOGÉNICA, SIN ENGROSAMIENTO. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SIN ALTERACIONES. ESTRUCTURAS MUSCULARES CONSERVAN SU PATRÓN FIBRILAR. SE DETECTA DEFECTO DE PARED EN CANAL INGUINAL DERECHO ,MIDE 12.8 MM AL VALSALVA, POR EL CUAL DISCURREN ASAS INTESITNALES . ASAS INTESITNALES CON ADECUADO PERISTALTISMO. ID: CONSIDERAR HERNIA INGUINAL DERECHA.

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
2026-06-11	21:00	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-06-11	21:00	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

