

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CHAVARRIA        | BRAVO            | MAXIMO ARAON | 30                  | 03  | 1972 | 53 años, 11 meses, 4 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308553286        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | SN y                         | 098-661-2112 /      |
| 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                 | 1308553286      | HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA |  |  | HOSPITAL BASICO | 13D06 / ZONA 4 |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                 | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|-----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Cirugía General | 2026  | 03  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad    | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| masculino de 53 años de edad que acude a consulta refererido del area de salud por presentar aumento de volumen reductible en region inguinal derecha |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                            |
|--------------------------------------------|
| aumento de volumen region 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 |
|------------|-------|-----------------|----------------------------------|---------|-------|
| 2026-03-06 | 10:01 | Cirugía General | NELSON ALBERTO BETANCOURT RIVERO | I350155 |       |

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 |
|------------|-------|-----------------|----------------------------------|---------|-------|
| 2026-03-06 | 10:01 | Cirugía General | NELSON ALBERTO BETANCOURT RIVERO | I350155 |       |