

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ROMERO	JUAN CARLOS	24	07	1989	36 años, 10 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312761289	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y PRIMERO DE MAYO	098-921-9023 /
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	1312761289	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	06	10
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

MASCULINO DE 36 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR REVISION DE ECOGRAFIA AL MOMENTO REFIERE DOLOR MAS ABULTAMIENTO EN REGION INGUINAL IZQUIERDA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE REALIZA RASTRO EN TIEMPO REAL SE VISUALIZA IMAGEN HIPOECOGENIC DE CONTENIDO ECOMIXTO MVIL RETRACTIL EN REPOSOS MIDE 0.86 CMX0.82 CM Y ANILLO HERNEAREO DE 0.35 CM SE EVIDENCIA ALTERACIONES A NIVEL DE TEJIDO ADIPOSO NI TCSC RELACIONADO A HERNIA INGUINAL, IZQUIERDO MIDE SACO HERNIARIO MIDE APROXIMADAMENTE EN ROPOSO 1.25 CM X 0.84 CM Y ANILÑO HERNIARIO DE 0.35 CM EN MANIOBRA DE VALSALVA SE APRECIAN MEDIDAS APROXIMADAS 1.75 CM X 1.74CM ANILLO HERNIARIO DE 0.82 CM HERNIA INGUINAL BILATERAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	15:18	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	

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
2026-06-10	15:18	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	