

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MENDOZA          | RODRIGUEZ        | SANTIAGO ANIBAL | 09                  | 05  | 1948 | 76 años, 9 meses, 24 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313222786        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CDLA SANTA NARCISA y SN      | 098-663-4614 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1313222786      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General |  | 2025  | 03  | 05  |
| 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

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, APQ: PROSTATECTOMIA, APF HERMANA HTA, ACUDE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR POR REFERIR MASA EN REGION INGUINAL QUE CAUSA DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD, QUE SE IRRADIA HACIA CUADRANTE SUPERIOR DERECHO, DE 1 AÑO DE EVOLUCION. FAMILIAR REFIERE QUE REALIZAN RADIOGRAFIA PELVICA, SIN EMBARGO, NO TRAE A CONSULTA. AL EXAMEN FISICO SE PALPA MASA EN REGUIN INGUINOPELVICA DERECHA DE 4CM APROXIMADAMENTE, MOVIL, DE ASPECTO SOLIDO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, CONSCIENTE, ORIENTADO. SE REALIZA REFERENCIA A SERVICIO DE CIRUGIA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-03-05 | 11:41 | Medicina Rural | EMILY VICTORIA BRIONES LOOR | 1351384266 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-03-05 | 11:41 | Medicina Rural | EMILY VICTORIA BRIONES LOOR | 1351384266 |       |