

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	CUSME	EDISON EDUARDO	06	10	1997	27 años, 11 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350911747	MANABI	CHONE	RICAUORTE	ELOY ALFARO y	098-641-7942 / (00)-000-0000
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	1350911747	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	09	12
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 27 AÑOS, QUE CONSULTA POR AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN INGUINAL DERECHA DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN. REFIERE QUE EL BULTOMA ES MÁS EVIDENTE AL ESTAR DE PIE O AL REALIZAR ESFUERZOS, Y DESAPARECE PARCIALMENTE EN DECÚBITO. MOLESTIA LEVE OCASIONAL, SIN DOLOR AGUDO, NI Náuseas, NI VÓMITOS. NIEGA FIEBRE O CAMBIOS EN EL TRÁNSITO INTESTINAL. PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL. EN REGIÓN INGUINAL DERECHA SE OBSERVA AUMENTO DE VOLUMEN BLANDO, REDUCIBLE, NO DOLOROSO, QUE SE PRONUNCIA CON MANIOBRA DE VALSALVA. NO HAY SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL. NO SE EVIDENCIA HERNIACIÓN CONTRALATERAL. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES. IMPRESION DX: HERNIA INGUINAL DERECHA REDUCIBLE EN PACIENTE ADULTO. PLAN: SE INDICA REFERENCIA A CIRUGÍA GENERAL PARA EVALUACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HERNIA INGUINAL

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
2025-09-12	15:45	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

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
2025-09-12	15:45	Medicina Rural	LAURA ANDREA COLOMA DELGADO	1312308453	

