

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BARRE	JOSUE SANTIAGO	15	10	2013	12 años, 5 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351166192	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SN y SN	098-275-5185 /
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	1351166192	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	23
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 12 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HERNIA INGUINAL OPERADA HACE APROXIMADAMENTE 5 AÑOS, QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DESDE HACE 5 MESES CARACTERIZADO POR AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN INGUINAL, DE CRECIMIENTO PROGRESIVO, QUE NO HA DISMINUIDO DE TAMAÑO DESDE SU APARICIÓN PESE A USO DE ANTIINFLAMATORIOS. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MASA EN REGION INGUINAL DE APROXIMADAMENTE 6 CM, DE CONSISTENCIA BLANDA, BORDES DEFINIDOS, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS LOCALES. NO REFIERE FIEBRE NI SÍNTOMAS SISTÉMICOS Y/O URINARIOS ASOCIADOS. NO CONTAMOS CON AGENDA PARA SOLICITAR ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS, CUIDADOR REFIERE NO PODER REALIZAR DE MANERA PARTICULAR POR MOTIVOS ECONÓMICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA INTRAABDOMINAL Y PELVICA	R190		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-23	09:30	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-03-23	09:30	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

