

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	ZAMBRANO	ZULEYKA LEONELA	12	05	2003	23 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351301252	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO SAN PABLO y	098-913-3625 /
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	1351301252	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	05	29
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 FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTIROIDISMO NO TRATADO HACE 5 AÑOS., NIEGA CIRUGÍAS PREVIAS, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN INGUINAL DERECHA, EL CUAL SE HACE MÁS EVIDENTE CON LOS ESFUERZOS FÍSICOS, TOS O AL LEVANTAR OBJETOS PESADOS, Y DISMINUYE AL ESTAR EN REPOSO O EN DECÚBITO. REFIERE DOLOR LEVE TIPO PUNZANTE EN LA MISMA REGIÓN, DE INTENSIDAD 4/10, INTERMITENTE, SIN IRRADIACIÓN, QUE CEDE ESPONTÁNEAMENTE. NIEGA FIEBRE, NÁUSEAS Y VÓMITO. ACTIVA, REACTIVA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TRAE ECOGRAFIA CON DX HERNIA INGUINAL IZQUIERDA. 0979368292

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HERNIA INGUINAL IZQUIERDA CONFIRMADO POR ECOGRAFIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	Z713		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-29	13:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-05-29	13:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	