

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CELORIO	CELORIO	JODANIC ALEXANDER	10	10	2015	9 años, 9 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352237844	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	VALDEZ y SN	098-062-7272 /
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	1352237844	VALDEZ	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Pediátrica		2025	07	30
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

PACIEENTE PEDIATRICO DE 9 AÑOS DE EDAD LLEGA CON MAMA A CONSULTA CON ECOIGRAFIA BOLSA ESCROTAL DE ECOGENICIDAD HOMOGENEAS TAMAÑO LOMNGITUD 1.3 CM ANTEROPOSTERIOR 0.8 CM TRANSVERSO 1.1 CM REGION INGUINAL DERECHA SE OBSERVA ANILLO INBGUINAL PROFUNDO ALTERADOAL REALIZAR MANIOBRA DE VALSALVA SE OBSERVA PROTUSION QUE FORMA UN SACOHERNIARIO DE MIDE EN ESTE MOMENTO 1.45 CM XCUYO CONTENIDO ES GRASO EPIPLON DIAGNOSTICO HERNIA INGUINAL INDIRECTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HERNIA INGUINAL INDIRECTA DIAMETRO 1.45 CM

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
2025-07-30	08:20	Medicina Rural	IGNACIO STEVE RODRIGUEZ ALVAREZ	1311426512	

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
2025-07-30	08:20	Medicina Rural	IGNACIO STEVE RODRIGUEZ ALVAREZ	1311426512	