

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHERE	CHERE	JESUS FRANCISCO	19	05	2016	8 años, 8 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352594673	MANABI	CHONE	BOYACA	BOYACA y	099-585-6168 /
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	1352594673	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2025	01	20
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 clinico

PACIENTE MASCULINO DE 8 AÑOS 8 MESES. NACIDO POR PARTO NORMAL, SIN COMPLICACIONES, LACTANCIA HASTA LOS 12 MESES, ALIMENTACION VARIADA DESDE 18 MESES. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA. PACIENTE ES TRAI DO POR SU MADRE DEBIDO A QUE PEDIATRICO REFIERE DOLOR A NIVEL INGUINAL DE LADO DERECHO AL HACER ESFUERZO FISICO QUE IMPLIQUE PESO DE HACE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA ELEVACION DE TESTICULO DERECHO + BULTO EN ZONA INGUINAL. COMPROBANDO LA SOSPECHA DE HERNIA INGUINAL QUE COMPROMETE EL CONDUCTO ESCROTAL. A LA AUSCULTACION: CSPS VENTILADOS, RSCS RITMICOS, RSHS PRESENTES. URESIS Y CATARSIS CONSERVADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SE ENCUENTRA SIN EXAMENES DE LABORATORIO NI IMAGENOLOGICO. NUMERO DE TELEFONO: 0999580585 - AMELI ABUELA MATERNA. 0963764965 - AMADO ABUELO MATERNO

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
2025-01-20	08:45	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-01-20	08:45	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

