

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	NAPA	SOFIA LEILANY	16	06	2020	5 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353405689	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RICAUARTE y	099-420-3994 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353405689	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	01	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

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA TRAIDA POR LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE HERNIA INGUINAL. MADRE TRAE ECOGRAFIA DE LA HERNIA PARA VALORAR, HERNIA INGUINAL IZQUIERDA QUE REDUCE CON LA PRESION Y SE MANIFIESTA CON MANIOBRAS DE VALSALVA. MADRE REFIERE QUE CUANDO LA NIÑA CORRE MUCHO O HACE EJERCICIO LE CAUSA DOLOR Y LIMITA LA ACTIVIDAD FISICA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN DOLOR DE LA HERNIA, NI SIGNOS DE ALARMA DE LA HERNIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE REALIZA RASTREO DE REGION INGUINAL IZQUIERDA OBSERVANDOSE CON RESPIRACION NORMAL, ESTRUCTURAS ANATOMICAS NORMALES. A LA MANIOBRA DE VALSALVA SE EVIDENCIA SALIDA DE SACO HERNIARIO QUE MIDE APROXIMADAMENTE 0.85 CM X 0.54CM; CON ANILLO HERNIARIO DE 0.24CM; CUADRO COMPATIBLE CON HERNIA INGUINAL IZQUIERDA.

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
2026-01-30	19:39	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-01-30	19:39	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

