

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| SALAVARRIA       | SOLIS            | GAEL GABRIEL | 07                  | 04  | 2020 | 6 años, 3 meses, 6 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353438896        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | VIA CHONE QUITO y            | 095-902-9011 /      |
| 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                 | 1353438896      | PAVON                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2026  | 07  | 13  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 6 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA VALORACIÓN Y REFERENCIA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGIÓN INGUINAL, DE APARICIÓN INTERMITENTE, QUE SE EXACERBA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LOS ESFUERZOS. COMO ANTECEDENTE, LA MADRE REFIERE EPISODIOS DE CÓLICOS ABDOMINALES A REPETICIÓN DURANTE LA PRIMERA INFANCIA Y MANIFIESTA HABER OBSERVADO HACER ALGÚN TIEMPO UNA PEQUEÑA TUMORACIÓN COMPATIBLE CON MASA HERNIARIA EN LA REGIÓN INGUINAL, LA CUAL AUMENTABA DE TAMAÑO CON EL LLANTO O EL ESFUERZO Y DISMINUÍA EN REPOSO. EN LA ACTUALIDAD, LA MADRE INDICA QUE EL PACIENTE PRESENTA DOLOR DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS, LO QUE LIMITA PARCIALMENTE SU DESEMPEÑO. TRAE ECOGRAFIA CON EL SIGUIENTE REPORTE ECOGRAFIA DE REGION INGUINAL INGUINAL IZQUIERDA HALLAZGOS: PIEL SIN ALTERACIONES. LIGAMENTO INGUINAL DE GROSOR Y ECOGENICIDAD NORMAL. SE OBSERVA PRESENCIA DE ORIFICIO HERNIARIO QUE MIDE 0,6 CM, AUMENTA A 0.8 CM, CON LAS MANIOBRAS DE VALSALVA Y SE APRECIA SALIDA DE EPIPLÓN, QUE SE ALOJAN EN EL CELULAR SUBCUTÁNEO. VASOS FEMORALES DE CALIBRE NORMAL. HERNIA INGUINAL BILATERAL AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, EL PACIENTE SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, REACTIVO, ORIENTADO PARA SU EDAD Y NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE ECOGRAFIA DE REGION INGUINAL INGUINAL IZQUIERDA HALLAZGOS: PIEL SIN ALTERACIONES. LIGAMENTO INGUINAL DE GROSOR Y ECOGENICIDAD NORMAL. SE OBSERVA PRESENCIA DE ORIFICIO HERNIARIO QUE MIDE 0,6 CM, AUMENTA A 0.8 CM, CON LAS MANIOBRAS DE VALSALVA Y SE APRECIA SALIDA DE EPIPLÓN, QUE SE ALOJAN EN EL CELULAR SUBCUTÁNEO. VASOS FEMORALES DE CALIBRE NORMAL. HERNIA INGUINAL BILATERAL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | K402   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 12:28 | Medicina Rural | JOSE DAVID RIVERA LINO | 1313828921 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 12:28 | Medicina Rural | JOSE DAVID RIVERA LINO | 1313828921 |       |