

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	INGA	NAIDELYN SHARLOTH	07	09	2021	4 años, 0 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353712415	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	099-247-9264 /
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	1353712415	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	03
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 ☐

PACIENTE CON BAJO PESO Y TALLA PARA LA EDAD, PRESUNTIVO DE HERNIA INGUINAL MADRE REFIERE DOLOR, SE VISUALIZA ABULTAMIENTO

3. Resumen del cuadro clinico

ESCOLAR DE 4 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERER. ES TRAIDA POR SU MADRE PARA CONTROL MEDICO. REFIERE MADRE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA. PACIENTE CON BAJA TALLA Y BAJO PESO .NO HA PRESENTADO SINTOMAS ASOCIADOS A PATOLOGIA EN ULTIMOS DIAS. MADRE MENCIONA QUE LA PACIENTE TIENE UNA PROTUBERANCIA EN REGION INGUINOPELVICA QUE PROTUYE EN CASOS DE FUERZA, CAMINATA, CAMBIOS DE TEMPERATURA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

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
2025-10-03	10:00	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-10-03	10:00	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

