

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	PARRAGA	DIDIMO ALEJANDRO	19	02	2026	0 años, 2 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354787051	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SIMON BOLIVAR y	099-017-1366 /
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	1354787051	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	22
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 MASCULINO DE 2 MES DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA, SE REALIZA CONTROL DEL NIÑO SANO, MADRE REFIERE PRESENTAR UN BULTO BLANDO EN LA INGLE Y TESTICULO DERECHO HACE 15 DIAS QUE HA DESAPARECIDO Y REAPARECIDO EN 2 OCASIONES, NO DOLOR, NO LLANTO, NO VOMITOS, NO CAMBIOS DE LA COLORACION EN LA PIEL. PACIENTE ACTIVO, ELECTIVO, AFEBRIL. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA TUMORACIÓN EN REGIÓN INGUINAL DERECHA QUE SE EXTIENDE HACIA EL ESCROTO IPSILATERAL. DE CONSISTENCIA BLANDA, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN, NO REDUCTIBLE MANUALMENTE, CON AUMENTO DE VOLUMEN AL LLANTO. PIEL SUPRAYACENTE SIN CAMBIOS INFLAMATORIOS. TESTÍCULO DERECHO PALPABLE EN ESCROTO.

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
2026-04-22	21:59	Medicina Rural	LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO	0504297581	

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
2026-04-22	21:59	Medicina Rural	LADY ALEJANDRA CALVACHE GUILCASO	0504297581	