

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ANZULES	OSTACIO PASCUAL	01	09	1956	69 años, 10 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708685415	MANABI	CHONE	CONVENTO	S38E y	099-021-6756 /
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	1708685415	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	07	09
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 QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL MÉDICO APP HTA TOMA LOSARTAN 50MG CADA DIA APQ HIDROCELECTOMIA IZQUIERDA Y HERNIOPLASTIA INGUINAL IZQUIERDA COMO ANTECEDENTE PRESENTA HIDROCELE EN SEGUIMIENTO. ADEMÁS, REFIERE OBSTRUCCIÓN NASAL IZQUIERDA DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, ASOCIADA A MASA EN FOSA NASAL IZQUIERDA, SIN EPISTAXIS ACTIVA, FIEBRE NI TRAUMATISMO RECIENTE. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. EN REGIÓN ESCROTAL SE EVIDENCIA HIDROCELE, SIN DATOS CLÍNICOS DE ERITEMA, CALOR LOCAL O DOLOR INTENSO A LA PALPACIÓN. EN LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD NASAL SE OBSERVA MASA EN FOSA NASAL IZQUIERDA, QUE OCASIONA DISMINUCIÓN DEL PASO AÉREO, DE CARACTERÍSTICAS QUE REQUIEREN ESTUDIO ESPECIALIZADO. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS RELEVANTES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HIDROCELE EN SEGUIMIENTO AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDROCELE ENQUISTADO	N430		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	09:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-07-09	09:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

