

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	FLECHER	MEDARDO PATRICIO	29	08	1967	57 años, 5 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1709130262	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	096-313-9367 /
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	1709130262	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía General	2025	02	05	
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 QUE NOS REFIERE QUE TUVO TURNO PARA REALIZACION DE ECOGRAFIA Y SE ENCUENTRA CON NOVEDAD QUE LA ECOGRAFIA INDICADA ES DE TIROIDES Y NO DEL PROBLEMA DESCRITO EN CONSULTA ANTERIOR DE UNA HERNIA INGUINAL ; SEGUN NOS MUESTRA DOCUMENTO DE CONTRAREFERENCIA DE UNIDAD HOSPITALARIA EN AREA DE EMERGENCIA DE FECHA 19 DE NOVIEMBRE DEL 2024 SE INDICA QUE SE MOTIVE REFERENCIA PARA AREA DE CONSULTA EXTERNA PARA CIRUGIA GENERAL.; INDICAMOS QUE SE REALIZA EXAMEN FISICO DE PACIENTE Y E OBSERVA UNA MASA INGUINO CRURAL PORYECTADA HACIA ESCROTO DEL LADO IZQUIERDO DE MAS O MENOS 2 CENTIMETROS DE DIAMETRO LA CUAL PRESUMIMOS CLINICAMENTE COMO SACO HERNIARIO VISIBLE Y PALPABLE QUE CAUSA DOLOR LANCINANTE; AL MOMENTO NO SE APRECIA INCARCELACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

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
2025-02-05	14:28	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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