

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	RIVERA	FRANCISCO SN	12	03	1995	31 años, 0 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1729847077	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	095-982-8450 /
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	1729847077	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	04	01
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 31 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, ACUDE CON CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LA APARICION DE UNA MASA O PROTUSION EN LA REGION INGUINAL IZQUIERDA. INICIALMENTE LA MASA SE PRESENTABA DE FROMA INTERMITENTE MANIFESTANDOS E PRINCIPALMENTE TRAS REALIZAR ESFUERZOS FISICOS Y REDUCIENDOSE ESPONTANEAMENTE AL DECUBITO. EN LOS ULTIMOS DIAS EL DOLOR ES MAS INTESNO, QUE LIMITA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (BARBERO). PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA DEL 18/08/2026 Y 25/03/2026 DONDE SE OBSERVA UN DX DE HERNIA INGUINAL IZQUIERDA. AL MOMENTO DE LA VALORACION NIEGA SINTOMAS COMO NAUSEAS, VOMITOS, PERO DADA LA SINTOMATOLOGIA Y EL RIESGO DE COMPLICACIONES AGUDAS SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO CON ESPECIALISTA. 0959828450

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

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
2026-04-01	09:54	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-04-01	09:54	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

