

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RODRIGUEZ	JOSIAS ELISEO	05	03	2004	22 años, 2 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300635204	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NUEVA VIDA y	000-000-0000 /
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	2300635204	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	05	20
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 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN REGION INGUINAL DE UNA SEMANA DE EVOLUCION. REFIERE QUE EL CUADRO INICIO POSTERIOR A REALIZAR ESFUERZO FISICO IMPORTANTE DURANTE SU JORNADA LABORAL, MIENTRAS LEVANTABA Y CARGABA CAÑAS DE GRAN PESO. POSTERIOR AL ESFUERZO COMENZO CON DOLOR INTENSO EN REGION INGUINAL, TIPO PUNZANTE, QUE AUMENTA CON LA DEAMBULACION, LOS MOVIMIENTOS BRUSCOS, LA TOS Y EL LEVANTAMIENTO DE PESO. PACIENTE REFIERE HABER NOTADO APARICION DE MASA EN REGION INGUINAL, DE CONSISTENCIA BLANDA, NO MOVIBLE, LA CUAL PROTRUYE CON LOS ESFUERZOS Y AUMENTA DE TAMAÑO AL TOSER O REALIZAR MANIOBRA DE VALSALVA. REFIERE SENSACION DE PESANTEZ Y MALESTAR LOCAL CONTINUO. NIEGA FIEBRE, NAUSEAS, VOMITOS O ALTERACIONES EN EL TRANSITO INTESITNAL. CUADRO CLINICO COMPATIBLE CON HERNIA INGUINAL.

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
2026-05-20	14:37	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-05-20	14:37	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

