



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                          |                                  |           |                                    |  |                           |                   |                                                         |                         |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------|------------------------------------|--|---------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   |  |                           | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                         |                         |
| MSP                                                         |  | 001414           | Convento                 |                                  | CS        | 1305190884                         |  |                           |                   |                                                         |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                      | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Moreira                                                     |  | Valdez           |                          | Wlter                            |           | Manuel                             |  | H                         | 22-03-1962        | 63                                                      | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                                  |           |                                    |  |                           |                   |                                                         | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                         |  | MOTIVO                    |                   |                                                         |                         |
| 096-984-3775                                                |  |                  |                          | X                                |           |                                    |  |                           |                   |                                                         |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                           |                   |                                                         |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                           |                   |                                                         |                         |
| PROVINCIA                                                   |  |                  |                          | CANTÓN                           |           | PARROQUIA                          |  | 3. Falta de equipamiento. |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |
| 13                                                          |  |                  |                          | 1303                             |           | 130353                             |  | 4. Equipos en mal estado. |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                    |  |                           |                   | X                                                       |                         |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                          |  |                  |  |                 |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD    |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Cirugia General |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS SIN APP ACUDE AL CENTRO DE SALUD REFIRIENDO QUE DESDE HACE 2 DIAS PRESENTA DOLOR ANIVEL UMBILICAL- ENROJECIMIENTO- A LA VALORACION FISICA: CABEZA: NORMOCEFALO. OJOS: PUPILAS ISOCORICAS-NORMORREACTIVAS. NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES- NO ALETEO NASAL. BOCA: OROFARINGE NO CONGESTIVA- MUCOSASHIDRATADAS. CUELLO: SIMETRICO- MOVILIDAD CONSERVADA- NO SE PALPAN ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO- CARDIACO: RUIDOSCARDIACOS RITMICOS- PULMONAR: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS- MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN:BLANDO- DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION S UPERFICIAL Y PROFUNDA A NIVEL UMBILICA- SE EVIDENCIA PROTUBERANCIA YRUBOR EN DICHA ZONA. NO VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES: SIMETRICAS SIN EVIDENCIA PATOLÓGICA. INDICACIONES:VALORACION POR CIRUGIA- NO REALIZAR ESFUERZO FISICO- CONTROL POSTERIOR |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PA: 112/60 MMHG FC: 67 LPM FR: 18 RPM T: 36.5°C PACIENTE CON HERNIA UMBILICAL AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CIRUGIA |

| E. DIAGNÓSTICO |                                              | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Hernia Umbilical Sin Obstruccion Ni Gangrena |                                    | K429 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                              |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                              |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-07                            | 10:58           | Maria         |  | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |                 |               |  |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |    |    |                        |  |    |    |  |  |
|---------------------------------------------|--|----|----|------------------------|--|----|----|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI | NO |  |  |

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |  |           |                          |  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA |
|                                                                                |  |           |                          |  |           |

**B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA**

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
|                         |                          |          | //                 |

**C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

|  |
|--|
|  |
|--|

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

|  |
|--|
|  |
|--|

**E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

|  |
|--|
|  |
|--|

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     |     | 6. |     |     |     |

**G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE**

|  |
|--|
|  |
|--|

**H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |