



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	1306124239									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Toala	Cevallos	Patricia	Cerivel	M	27-12-1965	59	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0969770934		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
13	1303	130353	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
		5. Problemas de infraestructura.											

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
SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE DE 59 AÑOS DE EDAD SE REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP: NIEGA APQ HERNIAABDOMINAL EN 5 OCASIONES PACIENTE AL MOMENTO CON DOLOR EN REGION UMBILICAL REFIERE S UPURACION SEROSA A NIVEL DE CICATRIZ AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AL EXAMEN FISICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO- ACTIVO- REACTIVO-ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATIAS- TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPTS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO- A LA PALPACIÓN NO MEGALIA- A LA AUSCULTACIÓN RSHSPRESENTES. REGIÓN INGUINAL: NADA QUE LLAME LA ATENCIÓN. GENITALES NORMALES- EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS- NO HAY EDEMA. MUCOSAS- HIDRATADA. PIEL: LUCE LEVE PALIDEZ. SE REALIZA PROMOCIÓN DE SALUD. SE RECOMIENDA LIMITAR EL CONSUMO DE DULCES Y PRODUCTOS DE PASTERERÍA. CONS UMIR AGUA SEGURA A DIARIO. LAVADO CORRECTO DE MANOS ANTES DE COMER. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA COMO CAMINAR 30 MINUTOS DIARIO. EVITAR EL CONS UMO DE TABACOS. EVITAR EL CONS UMO DE GASEOSAS. HIGIENE BUCAL Y ASEO PERSONAL DIARIO. DORMIR AL MENOS 8 HORAS DIARIO. ACUDIR POR LO MENOS 2 VECES POR AÑO AL ODONTÓLOGO FOMENTAR EL CONS UMO DE AGUA HERVIDA - DOS LITROS AL DÍA. ORIENTAR A DIS MINUIR EL CONS UMO DE SAL Y AZÚCAR. EVITAR LA GESTA DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA Y CARBOHIDRATOS. EDUCAR LA INGESTA DE PROTEÍNAS- LEGUMBRES- FRUTAS Y VEGETALES EN PORCIONES ADECUADAS. PLAN SE INDICA DICLOFENACO 50MG CADA 8 HORAS CLINDAMICINA 600MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS REFERENCIA A SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE CON HERNIA AMERITA VALORACION Y TRMTMIENTO ESPECIALIZADO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-04-22	04:04	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	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO



--	--	--	--	--	--

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
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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		