



| 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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua |                              | CS-C      | 1307403160                         |  |                                                         |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Hidalgo                                                     |  | Parraga          |                                | Alfredo                      |           | Simon                              |  | H                                                       | 31-08-1969       | 56   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                |                              |           |                                    |  |                                                         |                  |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                  |      |                         |
| 0993518319                                                  |  |                  |                                | 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                      |                  | X    |                         |
| 13                                                          |  | 1315             |                                | 131550                       |           | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| USUARIO CON APP DE OBESIDAD MÓRBIDA- HTA SIN TTO MEDICO- REFIERE HERNIA UMBILICAL DE +/- 2 AÑOS DE EVOLUCION- EL CUAL PROVOCA DOLOR Y MOLESTIAS-QUE SE EXACERBA AL REALIZAR ESFUERZOS FISICOS- NIEGA DIARREAS O ESTREÑIMIENTO- NIEGA OTROS SINTOMAS.SE ENVIA A SU SERVICIO PARA POSIBLE TRATAMIENTO QUIRURGICO. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SE OBSERVA Y SE PALPA MASA TUMORAL DE +/- 5-6CM DE DIAMETRO A NIVEL UMBILICAL- LIGERAMENTE REDUCIBLE- CON CAMBIO DE COLORACIÓN DE LA PIEL- ACOMPAÑADO DE DOLOR A LA PALPACION. VALSABA POSITIVO. |

| 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 (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-12-09                            | 02:54        | Yandry        |  | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |              |               |  |                 |                  |

| 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<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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |