

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VELIZ	JOSELITO YUNEZ	24	12	1967	58 años, 1 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0909578205	MANABI	CHONE	RICAURTE	CDLA COLAMARCO y CDLA COLAMARCO	099-120-6623 / (99)-292-2561
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	0909578205	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2026	02	19
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 58 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA QUE FUE RESUELTA CON CIRUGIA HACE 8 MESES APROXIMADAMENTE, HIPERTENSION ARTERIAL TRATADO CON LOSARTAN DE 50MG CADA DIA. ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION ABDOMINAL CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO QUE SE ACOMPAÑA DE DISURIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO ABDOMEN SIMETRICO SIGUE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS DOLOROSO A LOS GOLPES DE TOS, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES EN TONO Y FRECUENCIA, BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA, SE PALPA UNA MASA A NIVEL UMBILICAL IZQUIERDA QUE DUELE Y SE BROTA AL PUJAR. EXTREMIDADES DENTRO DE LO NORMAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA		K429	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	14:21	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

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
2026-02-19	14:21	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	