

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ASANG	VICENTE IGNACIO	01	11	1952	73 años, 1 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300516752	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS CHONANA y	093-984-6602 /
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	1300516752	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	12	08
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 73 AÑOS, ADULTO MAYOR, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES CONOCIDOS. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: HERNIOPLASTIA, COLECISTECTOMÍA Y APENDICECTOMÍA. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, ASINTOMÁTICO EN TÉRMINOS SISTÉMICOS, PERO REFIERE MOLESTIA ABDOMINAL LOCALIZADA EN FLANCO DERECHO, ASOCIADA A DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA TUMORACIÓN EN FLANCO DERECHO COMPATIBLE CON HERNIA, DE BORDES DEFINIDOS, REDUCTIBLE PARCIALMENTE, SIN SIGNOS DE COMPLICACIÓN AGUDA, NO EVIENDENCIA DOLOR INTENSO, NO CAMBIOS DE COLORACIÓN, NO SIGNOS DE OBSTRUCCIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HERNIAS VENTRALES Y LAS NO ESPECIFICADAS SIN OBSTRUCCION O GANGRENA	K439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	08:40	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	



Firmado electrónicamente por:
MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-08	08:40	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	