

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	ZAMBRANO	OTILIA DEL JESUS	25	12	1958	67 años, 4 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302760721	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS CHONANAS y	098-188-8785 / (05)-269-5342
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	1302760721	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	2026	05	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

DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO - PRENCIA DE MASA EN REGION MEDIA EPIGASTRICA Y MESOGASTRICA - MAS ACENTUADO AL REALIZAR ESFUERZO Y LEVANTARSE - LA CUAL SE VISUALIZA MAS ACENTUADA - SE DESAPARECE EN REPOSO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO - PRENCIA DE MASA EN REGION MEDIA EPIGASTRICA Y MESOGASTRICA - MAS ACENTUADO AL REALIZAR ESFUERZO Y LEVANTARSE - LA CUAL SE VISUALIZA MAS ACENTUADA - SE DESAPARECE EN REPOSO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K469	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	14:46	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Validar únicamente en Firmado:
Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN
CERCADO PLUAS

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 clínico

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
2026-05-19	14:46	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	