

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
LOPEZ	CEDENO	FRECIA DALINDA		09	08	1955	69 años, 1 meses, 3 días	Mujer
				día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia	Dirección		No Telefónico		
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303652208	MANABI FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO CALLE GALAPAGOS y		/		
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	1303652208	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugia General	2024	09	12	
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 CON APP DE HTA LLEVA TTO CON LOSARATAN 100 MG DIARIO AL MOMENTO AFEBRIL , BUEN APETITO, ORINA NORMAL, PRESENTA ESTREÑIMIENTO REFIERE PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO , SENSACION DE PESADES , SE RECIBE RESULTADO DE ECOGRAFIA : HERNIA UMBILICAL, ESTEATOSIS HEPATICA GRADO III

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HERNIA UMBILICAL, ESTEATOSIS HEPATICA GRADO III, LTIASIS RENAL IZQUIERDO, HIDRONEFROSIS GRADO I DERECHO, QUISTE SIMPLE DE RIÑON DERECHO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-12	13:09	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	 Firmado electrónicamente por: ROGER MAMANI MAYTA

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
2024-09-12	13:09	Medicina General	ROGER MAMANI MAYTA	1756927933	