

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORANTE	MURILLO	TRINIDAD JACQUELINE	07	04	1965	59 años, 7 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304407875	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y X	098-567-0774 /
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	1304407875	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	2024	11	21
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

FEMENINA DE 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TTO CON LOSARTAN 50 MG VO QD, AMLODIPINO 5MG VO QD. APQX: HERNIA INGUINAL DER, APENDICECTOMIA+ EXTRACCION DE QUISTE OVARICO DERECHO HACE 5 MESES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA. AL EXAMEN FISICO PRESENTA, ANILLO HERNIARIO Y MASA QUE PROTRUYE A MANIOBRA DE VALSALVA, EN REGION DE HIPOGASTRIO, APARENTE HERNIA DE ESPIEGEL. SE REALIZA REFERENCIA PARA SU VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

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
2024-11-21	12:19	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	

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
2024-11-21	12:19	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	