

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ROSADO	LIGIA MARIA	06	02	1959	66 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304715368	MANABI	TOSAGUA	BACHILLERO	PRIMERO DE MAYO VIA A CHONE y VIA A CHONE	098-184-1718 /
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	1304715368	BACHILLERO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	12	15
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

ADULTA MAYOR ACUDE POR PRESENTAR HERNIA UMBILICAL DE GRAN TAMAÑO QUE FUE INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE HACE 1 AÑO 7 MESES PERO A VUELTO APARECER, MANIFIESTA DOLOR, EVACUACIONES DIARREICAS Y PRESENTA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA HTA Y DM TRATADA CON METFORMINA + SITAGLIPTINA 1000/100 MG, INSULINA 30 UI AM Y 25 UI PM, ADEMAS PARA LA PRESION IRBESARTAN 300 MG.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ANILLO HERNIARIO DE GRAN TAMAÑO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	08:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	

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
2025-12-15	08:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	