

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOX	COOX	DELSITO BERNALDO	21	01	1965	60 años, 1 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304751967	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO CULEBRA VIA PRINCIPAL y	099-433-7504 /
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	1304751967	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	03	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	☐	HERNIA UMBILICAL DE GRAN TAMAÑO	

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 60 AÑOS, ANTECEDENTES CLINICOS DE DIABETES MELLITUS CON TRATAMIENTO DE 850 MG QD, DE MAL APEGO AL TRATAMIENTO, PACIENTE CON PRESENCIA DE HERNIA UMBILICAL DE GRAN TAMAÑO, SE SOLICITA VALORACION POR CIRUJIA, // NUMERO TELEFONICO: 0994337504 // 0988967766

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: RASTREO DE REGION UMBILICAL, SE EVIDENCIA TC SUBCUTANEO SIN ALTERACIONES. ZONA DE TEJIDO GRASO A LA MANIOBRA DE VALSALVA SE VISUALIZA SALIDA DE ESTRUCTURA HIPOECOGENICA MOVIL, FORMANDO APARIENCIA DE SACO, MIDIENDO APROXIMADAMENTE 3,88 X 1,65 CM COMPATIBLE CON SACO HERNIARIO. ANILLO HERNIARIO MIDE 9,8 MM DE DIAMETRO; AL APLICAR MANIOBRA ESTE AUMENTA APROXIMADAMENTE 17 MM ID HERNIA UMBILICAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	10:46	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-03-12	10:46	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

