

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ANDRADE	MILCA JACOBED	04	03	1966	59 años, 7 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305038109	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL DE JESUS ALVARES y ELIAS CEDEÑO JERVES	098-879-1475 /
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	1305038109	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía General	2025	10	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

SE ATIENDE DURANTE VISITA DOMICILIARIA A PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO, AL MOMENTO DE LA VISITA PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS DE 1 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MASA RETRAIBLE A NIVEL ABDOMINAL QUE SE PROTRUYE CUANDO REALIZA ESFUERZOS , ELLA INDICA QUE DICHA FORMACION HA IDO CRECIENDO Y QUE APARECIÓ CUANDO ELLA CUIDABA DE SU MADRE PUESTO A QUE LEVANTABA SU PESO. REFIERE QUE EN OCASIONES LE GENERA DOLOR, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MASA SUPRA UMBILICAL QUE SE PROTRUYE AUN MAS AL REALIZAR MANIOBRA DE VALSALVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-16	10:26	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO electrónicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-16	10:26	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

