

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	SANTANA	ROSA ELIZABETH	03	11	1970	55 años, 3 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305656678	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVE DEL EJERCITO y RUTAS ECUATORIANA	099-180-5492 / (05)-293-0435
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	1305656678	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	2026	02	19
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

USUARIA QUE ACUDE POR REFERIR QUE EN EL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2025 ES INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE (LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL) AL CABO DE UNAS SEMANAS PRESENTO DOLOR A NIVEL DE HERIDA QUIRÚRGICA CON PEQUEÑA TUMORACIÓN REDUCIBLE LA MISMA QUE EN LO POSTERIOR AUMENTA DE TAMAÑO, SE REALIZO ESTUDIO DE IMAGEN CUYO INFORME REPORTA HERNIA INCIONAL
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFÍA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HERNIAS VENTRALES Y LAS NO ESPECIFICADAS SIN OBSTRUCCION O GANGRENA		K439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	13:18	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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
2026-02-19	13:18	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	