

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTOS	PAZ	EDIZ ELIGIO	20	01	1968	57 años, 5 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306823988	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL VERGEL y CARLOS CONCHA	096-831-5754 /
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	1306823988	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	07	16
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

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN AREA UMBILICAL, EL CUAL SE IRRADIA A REGION TESTICULAR DERECHA, TIPO PUNZANTE DE EVA 9/10, ACOMPAÑADO DE VOMITOS EN # 3, REFIERE QUE ACUDIO A URGENCIAS HACE 3 DIAS DONDE APLICARON AINES EV Y POR VO, NO REFIERE DISURIA, NO FIEBRE, ANTERIORMENTE ESTUVO EN QUITO DONDE REALIZARON ECOGRAFIA ABDOMINAL E IBA A SER INTERVENIDO POR VARICOCELE, REFIERE DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA NORMAL, NIEGA SANGRADO, ANTECEDENTS PATOLOGICOS NO REFIERE, QUIRURGICOS NINGUNO, ALERGIAS NINGUNA, HABITOS, NIEGA TABACO, BEBDOR SOCIAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	15:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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