MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN	TIPO C	1306897891	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
BRAVO	MACIAS	AUXILIADORA	MONSERRATE	F	14/11/1967	58				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	DIRECCION
0988565024	SSC	TABLADA DE LAS BRISAS

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	JUNIN	JUNIN

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica. [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura. [ ]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [ ]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [X]

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

MSP	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN EN TABLETAS 50 MG VO QD, Y HERNIA UMBILICAL NO COMPLICADA DIAGNOSTICADA DESDE DICIEMBRE DEL 2025, PRESENTA DOLOR ABDOMINAL INTENSO, NAUSEAS NO VOMITOS, PIROSIS, DISPEPSIAS. PRESENTA ECOGRAFIA ABDOMINAL DONDE SE EVIDENCIA PROTRUSION EN ANILLO HERNIARIO PERIUMBILICAL DEL CUAL SOBRESALE GRASA PERITONEAL, ES REDUCTIBLE YA QUE EL CONTENIDO REGRESA AL ABDOMEN ESPONTANEAMENTE NO PRESENTA SIGNOS DE COMPLICACION.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K429		X	4.				
2.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/03/17	11:00	ANGELICA MARIA	MERA	REYNA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1309015111	Firmado electrónicamente por: ANGELICA MARIA MERA REYNA Validar únicamente con FirmaEC	ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI		NO			DERIVACIÓNJUSTIFICADA	SI		NO	

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO