

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	CANO	VIRGINIA TRINIDAD	18	01	1967	59 años, 5 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306979053	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA A PORTOVIEJO y	097-938-2606 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1306979053	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	07	08
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 clinico

PACIENTE CON AP DE SALUD APARENTE, REFIERE PRESENCIA DE MASA TUMORAL A NIVEL UMBILICAL DE LARGA DATA, ACOMPAÑADO DE DOLOR, TIPO CÓLICO QUE SE EXACERBA AL REALIZAR ESFUERZOS FÍSICOS. SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. RIESGO CV A 10 AÑOS: 3% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 11 (LEVEMENTE). *** 0986418696 - 0995535666 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ZONA UMBILICAL: SE OBSERVA UN ANILLO HERNIARIO DE 0.80 cm CON LA MANIOBRA DE VALSALVA, MIDE 1.6 QUE DISMINUYE PARCIALMENTE DURANTE EL REPOSO, MUESTRA CONTENIDO HETEROGENEO SIN VASCULARIZACION AL DOPPLER COLOR. LA MUSCULATURA NO MUESTRA SIGNOS DE ALTERACIÓN. IDx: 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
2026-07-08	10:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-07-08	10:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

