

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SAN ANDRES	SOLORZANO	SUSANA INES	11	08	1972	53 años, 05 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANA	ECUADOR	1307050474	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ULPINO PAEZ SAN FELIPE	099-431-2487
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	1307050474	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:							Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía Vascular y Endovascular			2026	02	06
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

REFIERE ANTECEDENTE DE DG DE ANEURIMA ABDOMINAL RREFIERE QUE TOMA MEDICACION LOSARTAN 100MG, AMLODIPINA 10MG, CEPIRON 12.5MG, ATORVASTATINA 40MG, ANTECEDENTE DE MIOMA UTERINO, FUM HACE UN 2 AÑOS, AL MOMENTO REFIERE DOLOR ABDOMINAL TIPO PUNZANTE EN FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA A VECES LIMITA EL MOVIMIENTO A VECES SE IRRADIA HACIA LA CADERA DEL MISMO LADO, AINES NO CLAMAN MOLESTIA, DIURESIS NORMAL, DIFULTAD AL REALIZAR DEPOSICIONES PERO SON DE CONSISTENCIA NORMAL, NO SANGRADOS, QUIERE REVALORACION DE VASCULAR - Y CERTIFICADO PARA EL MIES QUE SEA OTORGADO POR MEDICO TRATANTE
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL, SIN MENCION DE RUPTURA X	I714		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-06	12: 09	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA
MONTES
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
2026-02-06	12: 09	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	