

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	GARCIA	NELLY IRALDA	28	03	1972	53 años, 10 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307392686	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS NARANJOS 1 y	099-235-3198 / (05)-258-5121
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	1307392686	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 General	2026	02	19
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

DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO - DESDE HACE ALGUNOS MESES ACOMPAÑADO DE DISPEPSIA Y SENSACION DE MASA - LA CUAL ES DESPLAZABLE Y REDUCIBLE , AUMENTA CON EL ESFUERZO- - EN OCASIONES PRESENTA CIERTA INTOLERANCIA A ALGUNOS ALIMENTOS TIPO LACTEOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: ECOGRAFIA :MESOGASTRIO PRESENCIA DE MASA HETEROGENEA REDUCIBLE COMPATIBLE CON CONTENIDO HERNIARIO. APONEUROSIS DE MUSCULOS RECTOS ANTERIOR , LINEA MEDIA PRESENCIA DE SOLUCION DE CONTINUIDAD CON DIAMETRO LONGITUDINAL DE 2.7 CM COMPATIBLE CON ANILLO HERNIARIO- EN REGION UMBILICAL PRESENCIA DE MASA REDUCIBLE COMPATIBLE CON CONTENIDO HERNIARIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K469	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	13:57	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	 Firmado electrónicamente por: MARIO FABIAN CERCADO PLUAS 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	13:57	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	