

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1307729416								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CUZME		CEDEÑO		MERCEDES		VIRGINIA	M	12/10/1953	72	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
099 711 8222 / 099 051 7510		MSP		1. Accesibilidad geográfica.			MOTIVO						
				2. Falta de espacio físico.			6. Problemas de abastecimiento.						
				3. Falta de equipamiento.			7. Insuficiencia de profesionales.						
				4. Equipos en mal estado.			8. Inadecuada capacidad resolutive						
				5. Problemas de infraestructura.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 100 MG/DÍA, QUIEN ACUDE POR PRESENCIA DE MASA EN PARED ABDOMINAL ANTERIOR A NIVEL PERIUMBILICAL DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN. REFIERE QUE INICIALMENTE ERA DE PEQUEÑO TAMAÑO, PRESENTANDO CRECIMIENTO PROGRESIVO CON EL PASO DEL TIEMPO, RELACIONANDO SU APARICIÓN Y AUMENTO DE VOLUMEN CON LA REALIZACIÓN DE ESFUERZOS FÍSICOS. NIEGA DOLOR IMPORTANTE, NÁUSEAS, VÓMITOS, DISTENSIÓN ABDOMINAL O ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MASA PROTRUYENTE EN LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR A NIVEL PERIUMBILICAL, REDUCTIBLE, NO DOLOROSA A LA PALPACIÓN, CLÍNICAMENTE COMPATIBLE CON HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL. NO SE EVIDENCIAN DATOS DE ENCARCERACIÓN NI ESTRANGULACIÓN, TALES COMO IRREDUCTIBILIDAD, CAMBIOS DE COLORACIÓN, AUMENTO DE TEMPERATURA LOCAL O SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO. LA PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFÍA ABDOMINAL, EN LA CUAL SE REPORTAN COMO HALLAZGOS INCIDENTALES ESTEATOSIS HEPÁTICA GRADO I Y MICROLITIASIS RENAL IZQUIERDA MENOR DE 3 MM. SIN OTROS HALLAZGOS QUE EXPLIQUEN LA MASA PALPABLE DE LA PARED ABDOMINAL. E INDICAN MEDIDAS CONSERVADORAS, EVITANDO LEVANTAMIENTO DE PESO, ESFUERZOS FÍSICOS Y MANIOBRAS QUE INCREMENTEN LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL. ADEMÁS DE EDUCACIÓN SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE COMPLICACIÓN HERNIARIA. CONSIDERANDO LA PRESENCIA DE UNA MASA EN PARED ABDOMINAL ANTERIOR DE EVOLUCIÓN CRÓNICA Y CRECIMIENTO PROGRESIVO, CLÍNICAMENTE SUGESTIVA DE HERNIA VENTRAL, ASOCIADA A ESFUERZOS FÍSICOS Y CON RIESGO DE COMPLICACIONES COMO ENCARCERACIÓN O ESTRANGULACIÓN, SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL PARA DEFINIR EL TIPO DE DEFECTO HERNIARIO, COMPLETAR EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO SI SE CONSIDERA NECESARIO Y DETERMINAR LA NECESIDAD Y OPORTUNIDAD DE REPARACIÓN QUIRÚRGICA ELECTIVA SEGÚN CRITERIO DEL ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K439		X	4.			
2.	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/07/2026	15:30:00	MARÍA		MOREIRA	BERMEO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311619967					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	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.			
3.					6.			

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	