

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	RIVERA	ORLANDO SANTIAGO	30	06	1978	47 años, 4 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308295193	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BELLAVISTA y	098-798-7945 / (00)-000-0000
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	1308295193	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	11	14
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

☐

HERNIA
INCISIONAL

3. Resumen del cuadro clínico

MASculino de 47 años con antecedentes clínicos de diabetes mellitus al mometo en remisión glicemia en valores normales sin tratamiento antecedentes quirúrgicos de colecistectomía convencional hace 2 años pacientes con presencia de hernia incisional en colecistectomía previa, hernia de gran tamaño que protuye a maniobras de valsalva, trae ecografía que muestra en hipocondrio derecho saco herniario móvil de gran tamaño de aproximadamente 12 cm de bordes no buen definidos que protuye por anillo de 1,40 cm. al momento paciente hemodinamicamente estable, activo, reactivo, orientado y colabora con el interrogatorio.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SACO HERNIARIO MÓVIL DE GRAN TAMAÑO DE APROXIMADAMENTE 12 CM DE BORDES NO BUEN DEFINIDOS QUE PROTUYE POR ANILLO DE 1,40 CM

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
2025-11-14	09:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-11-14	09:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

