

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | CONFORME         | JOHNNY FABRICIO | 23                  | 10  | 1975 | 50 años, 3 meses, 13 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1308551728        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLEJON JAMBELY y           | 099-485-9852 /       |
| 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                 | 1308551728      | 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  | 05  |
| 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

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD \*\*\* APP: HIPERTENSION ARTERIAL (ATENOLOL 50 MG QD) \*\*\* APF: PAPA (LEUCEMIA) MAMA (ERC CRONICA) \*\*\* APQ: HERNIA UMBILICAL (9-10 AÑOS) \*\*\*\*AA: NR \*\*\*\*\* ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO NECESIDAD DE REFERENCIA A CIRUGÍA DEBIDO A HERNIA UMBILICAL PERSISTENTE DE LARGA EVOLUCIÓN, INDICA QUE SE EVIDENCIA MAS CUANDO HACE FUERZA. ADEMAS REFIERE DOLOR ABDOMINAL EN MESOGASTRIO. NIEGA HEMATOQUECIA. NIEGA ALZA TERMICA. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE OBSERVA PERDIDA DE CONTINUIDAD DE TEJIDO Y SACO HERNIARIO. VASCULARIZACION NORMAL. 3.01 CM Y 1.05CM. SIN COMPROMISO DE RGANS VITALES NI INTestino

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | K429   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                      |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-05 | 13:57 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 | <div><div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>MARIA JOSE MEZA CUSME</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div></div> |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-02-05 | 13:57 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |

