

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MERA	OSCAR IVAN	22	03	1982	43 años, 10 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309119574	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	098-652-6957 / (99)-999-9999
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	1309119574	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	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 43 AÑOS CON HTA TRATADA CON LOSARTAN 100MG DIARIO, PACIENTE REFIERE DOLOR EN ZONA UMBILICAL, PACIENTE REFIERE TIENE 6 AÑOS CON LA HERNIA UMBILICAL PERO QUE EN EL ULTIMO AÑO YA LE CAUSA DOLOR, SE REALIZA VALORACION FISICA Y LA HERNIA PRESENTA PROTUBERANCIA AL ESFUERZO Y MANIOBRAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO DE 43 AÑOS CON HTA TRATADA CON LOSARTAN 100MG DIARIO, PACIENTE REFIERE DOLOR EN ZONA UMBILICAL, PACIENTE REFIERE TIENE 6 AÑOS CON LA HERNIA UMBILICAL PERO QUE EN EL ULTIMO AÑO YA LE CAUSA DOLOR, SE REALIZA VALORACION FISICA Y LA HERNIA PRESENTA PROTUBERANCIA AL ESFUERZO Y MANIOBRAS

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	10:41	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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 clínico

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	10:41	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	