

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ARTEAGA	DIANA BEATRIZ	29	05	1977	47 años, 8 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309132973	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE FLORIDA y SN	099-754-8213 /
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	1309132973	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	02	06
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 FEMENINA DE 47 AÑOS APP: HTA, DM2. ACUDE POR PRESENTAR FÍSTULA UMBILICAL DESDE HACE 23 AÑOS LUEGO DE SU ÚLTIMO EMBARAZO, NO HABÍA PRESENTADO MOLESTIA HASTA HACE 2 MESES QUE COMENZÓ A SUPURAR LÍQUIDO SEROSO QUE AL DÍA DE HOY YA SE HA TORNADO DE COLOR AMARILLO, ACOMPAÑA DE COLICO EN ZONA DE LA FISTULA Y DISTENCIÓN ABDOMINAL. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA LA FÍSTULA EN ZONA UMBILICAL A LA PALPACIÓN SUPURA CONTENIDO PURULENTO, A LA MANIOBRA DE VALSALVA SE EVIDENCIA UNA HERNIA SUPRA UMBILICAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FÍSTULA UMBILICAL A LA PALPACIÓN SUPURA CONTENIDO PURULENTO, A LA MANIOBRA DE VALSALVA SE EVIDENCIA UNA HERNIA SUPRA UMBILICAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FISTULA DEL INTESTINO	K632		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	08:17	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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