

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	ACOSTA	TOMAS RODOLFO	29	12	1964	60 años, 7 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309218079	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA VCENADO y	0978656397 /
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	1309218079	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	08	20
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 60 AÑOS DE EDAD, APP: HTA (TELMISARTAN80MG/ HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG) HIPOTIROIDISMO (LEVOTIROXINA 100 MCG). PACIENTE REFIERE SUFIR DE CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA. ALERGIAS: NO REFIERE. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA, PACIENTE AL MOMENTO REFIERE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD QUE LE LIMITA REALIZAR ACTIVIDADES DE LARGA DATA DE EVOLUCION.PACIENTE CON OBESIDAD TIPO III IMC 44.64, RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO. AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN: TUMORACION DE CONSISTENCIA BLANDA LOCALIZADA EN REGION UMBILICAL, NO DOLOROSA A LA PALPACION, HERNIA UMBILICAL, MIEMBROS INFERIORES: EDEMA BLANDO, SIMETRICO Y DEPRESIBLE. SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	14:27	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-20	14:27	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

