

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CABEZAS	VILLAVICENCIO	GALO EDUARDO	23	02	1979	46 años, 5 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	1309866059	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	097-944-0540 /
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	1309866059	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		2025	08	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

☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE REFIERE DOLOR SUPERFICIAL TIPO PUNZADAS Y PRESENCIA DE TUMORACIÓN EN REGIÓN ABDOMINAL LATERAL DERECHA, DE MORFOLOGÍA OVOIDE, APROXIMADAMENTE DE 5 CM DE ALTURA POR 6 CM DE ANCHURA. EL CUADRO SE AGRAVA POSTERIOR A INGESTA ABUNDANTE DE ALIMENTOS, ASOCIADO A DOLOR EPIGÁSTRICO Y CÓLICOS INTENSOS CON PERIODICIDAD DE 10 MINUTOS, LOS CUALES CEDEN POSTERIOR A LA EVACUACIÓN. DURANTE EL REPOSO NOCTURNO, REQUIERE ADOPTAR POSICIONES ESPECÍFICAS PARA EVITAR EXACERBACIÓN DEL DOLOR EN LA ZONA AFECTADA. SE REQUIERE VALORACIÓN POR CIRUGÍA DE HERNIA DE PARED ABDOMINAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLAN: ASESORÍA DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA E HIDRATACIÓN ADECUADA. ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP. RECOMENDACIONES DE HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL. REFERENCIA A CIRUGÍA GENERAL. SIGNOS DE ALARMA. CONTROL SUBSECUENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HERNIAS VENTRALES Y LAS NO ESPECIFICADAS SIN OBSTRUCCION O GANGRENA	K 439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	14:31	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-08-14	14:31	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

