



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP			Hospital Francisco V. B.			13102 B777			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Faifan		Zambrano		María	Elizabeth	F	11/3/1973	43	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO		SEGURO SALUD PRINCIPAL		
					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de		6. Problemas de 7. Insuficiencia de 8. Inadecuada capacidad 9. Ausencia de la		
PROVINCIA					CANTÓN	PARROQUIA			
Manabí					Pedernales	Pedernales			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ESPECIALIDAD
MSP		Consultorio General

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Se trata de paciente femenina de 43 años con obesidad morbida que refiere un dolor abdominal de 3 meses presentando dolor abdominal y aumento de volumen en región umbilical.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Ecografía: Refiere defecto de 35-28 cm. en la zona abdominal.

E. DIAGNÓSTICO
1. Hernia umbilical
2.
3.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
17/7/2015	10:30	Francisco	Ripalda	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1309046694		Dr. Andres Ripalda Zambrano ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN				
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI
				NO

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO
1.
2.
3.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO

0981474771
0990041744