

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	BRAVO	NEISE ELISENIA	10	11	1949	76 años, 6 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310464274	MANABI	JUNIN	JUNIN	VIA PICHINCHA y	000-000-0000 /
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	1310464274	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	05	11
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 76 AÑOS DE EDAD , APP. HIPOTIROIDISMO ED TRATADA CON LEVOTIROXINA QD , OSTEOARTROSIS TRATADA CON CALCIBON + DOLONEUROBION , APX: PROTESIS DEL ESTOMAGO , HERNIORRAFIA, HISTERECTOMIA, PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR AUMENTO DE VOLUMEN EN ABDOMEN QUE REDUCE Y PROTRUYE A LOS GOLPES DE TOS Y AL EJERCER PRESION EN PARED ABDOMINAL ANTERIOR. SE ENCUENTRA CON DOLOR Y VOMITOS CON RESTOS DE ALIMENTOS, SE ALIMENTA CON POCO APETITO, AFEBRIL, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ACUDE CON RESULTADO DE ECOGRAFIA ABDOMINAL DONDE SE EVIDENCIA DEFECTO DE LA PARED A NIVEL DE REGION PERIUMBILICAL COMPATIBLE CON HERNIA UMBILICAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA ABDOMINAL DONDE SE EVIDENCIA DEFECTO DE LA PARED A NIVEL DE REGION PERIUMBILICAL COMPATIBLE CON HERNIA UMBILICAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-05-11	15:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

