

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	OLMEDO	GREGORIA TRINIDAD	19	03	1982	44 años, 1 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311178667	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	LAS DAMAS y	099-249-6417 /
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	1311178667	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2026	05	08
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 44 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA HTA DETECTADA HACE 4 AÑOS +..... CUADRO CLÍNICO: PRESENTA HERNIA ABDOMINAL QUE ECOGRAFIA REPORTA HERNIA REDUCTIBLE CON CONTENIDO EPIPLOCOIDE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR NO COMPLICADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA REPORTA HERNIA REDUCTIBLE CON CONTENIDO EPIPLOCOIDE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR NO COMPLICADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K469		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-08	08:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	Dr. Edgardo Alay M. MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

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 clínico

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
2026-05-08	08:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	