

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALLAROSO	CHAVEZ	ROSA ALEGRIA	28	04	1974	51 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311881823	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LAS DOS BOCAS y	098-402-1380 /
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	1311881823	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	04	09
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 DE 51 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRESENTA DOLOR TIPO CÓLICO EN REGIÓN ABDOMINAL, DE INTENSIDAD MODERADA SE EXACERBA CON CUALQUIER TIPO DE INGESTA, ACOMPAÑADO DE REFLUJOS, BORBORIGMOS, BOCA DE SABOR AMARGO Y CONSTIPACION LAS HECES FECALES SON DE TAMAÑO 1.5 CM APROXIMADAMENTE MÁS PÉRDIDA DE PESO. ADEMÁS SE OBSERVA UN PEQUEÑA MASA A NIVEL DEL OMBLIGO, ABDOMEN TIMPÁNICO SEMIDOLOROSO, MANIOBRA DE VALSALVA POSITIVO, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN ULTRASONOGRAFICO. CONCLUSIÓN: HÍGADO CON PIGMENTOS GRASOS, LITIASIS RENAL BILATERAL, HERNIA UMBILICAL, AL RASTREO ABDOMINAL SE OBSERVA GRAN CANTIDAD DE GASES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-09	11:26	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-09	11:26	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	