

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	NAVIA	GENNY MONSERRATE	31	03	1984	41 años, 8 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312412040	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	JOSE MARIA HUERTA y 0	099-404-2139 /
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	1312412040	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	12	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

MUJER DE 41 AÑOS CON APP DE OBESIDAD TIPO III, Y DM SIN USO DE MEDICACION CONTINUA APQX CESAREA, SALPINGECTOMIA BILATERAL, HERNIORRAFIA UMBILICAL, APF DM2 MADRE, CIRROSIS PADRE, AGO G4 C2 P0 A2, ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN MESOGASTRIO A NIVEL DE LUGAR DE HERIDA QUIRURGICA DE HERNIORRAFIA UMBILICAL AL EXAMEN FISICO; ABDOMEN DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL EN MESOGASTRIO Y PRESENCIA DE OBLITERACION A NIVEL SUPRA UMBILICAL. HOY ALERTA Y ASINTOMATICA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE DE ECO DE PARTE BLANDAS DE ABDOMEN RASTREO EN REGION SUPRA UMBILICAL PRESENCIA DE DEFECTO APONEUROTICO QUE MIDE 18*18mm QUE EMERGE CONTENIDO EPIPLOIDEO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HERNIAS VENTRALES Y LAS NO ESPECIFICADAS SIN OBSTRUCCION O GANGRENA	K439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-12-08	09:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	