

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	AGUIRRE	MARIA EUGENIA	20	05	1984	42 años, 1 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312934183	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SN y SN	098-534-5943 /
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	1312934183	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2026	07	14
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 42 AÑOS, ACUDE EN REITERADAS OCASIONES POR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICOS QUE AL EX. FISICO IMPRESIONA HERNIA UMBILICAL..Y ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE REPORTA: SACO HERNIARIO UMBILICAL, VISTO EN REPOSO EN CORTE AXIAL DE 13.6mm Y SE EXACERVA A LAS MANIOBRAS DE VALSALVA, ALGIDA A LA COMPRESIÓN LINEA ALBA SUPRAUMBILICAL INDEMNE SE EXACERVA A19.3mm EN MANIOBRAS DE VALSALVA (DIASTESIS DE RECTOS ANTERIORE...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE REPORTA: SACO HERNIARIO UMBILICAL, VISTO EN REPOSO EN CORTE AXIAL DE 13.6mm Y SE EXACERVA A LAS MANIOBRAS DE VALSALVA, ALGIDA A LA COMPRESIÓN LINEA ALBA SUPRAUMBILICAL INDEMNE SE EXACERVA A19.3mm EN MANIOBRAS DE VALSALVA (DIASTESIS DE RECTOS ANTERIORE...
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-14	13:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-07-14	13:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

