

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	BAZURTO	MARTHA CECILIA	11	02	1986	40 años, 4 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	1313055723	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SANTA LUCIA y SN	096-712-8339 /
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	1313055723	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	06	30
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 clinico

PACIENTE CON APP DE OBESIDAD GRADO II, APQx COLECISTECTOMIA (2018), REFIERE MASA TUMORAL DESDE HACE +/- 12 MESES, QUE PROTRUYE AL REALIZAR ESFUERZO FÍSICO UBICADO EN LUGAR DE OPERACIÓN A NIVEL UMBILICAL Y EN HIPOCONDRIO DERECHO, ACOMPAÑADO DE DIARREA/ESTREÑIMIENTOS SOBRETODOS DESPUÉS DE INGERIR COLA, LECHE O ALIMENTOS COPIOSOS, LO QUE PROVOCA EN OCASIONES CÓLICOS INTENSOS. RIESGO CV A 10 AÑOS: 1% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 10 (LEVEMENTE). SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y DETERMINAR TTO MEDICO/QUIRÚRGICO. *** 0967128339 - 0967781344 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVA MASA TUMORAL (VALSABA +) A NIVEL DE CICATRIZ DE OPERACIONES ANTERIORES A NIVEL SUPRAUMBILICAL Y DE HIPOCONDRIO DERECHO.

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
2026-06-30	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-30	13:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

