

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VELEZ            | BASURTO          | IVANA LISBETH | 04                  | 09  | 1989 | 35 años, 0 meses, 29 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313139311        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | 1 DE MAYO y 24 DE MAYO       | 099-379-0463 /       |
| 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                 | 1313139311      | 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 | 2024  | 10  | 03  |
| 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 35 AÑOS DE EDAD, PRESENTA DOLOR TIPO CÓLICO EN MESOGASTRIO, INTENSIDAD MODERADA, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, EVOLUCIÓN CRÓNICA, EN ESTOS ÚLTIMOS DÍAS EL CUADRO CLÍNICO HA AUMENTADO EN INTENSIDAD Y FRECUENCIA, SE OBSERVA UNA PEQUEÑA MASA A NIVEL DEL OMBLIGO MANIOBRA DE VALSALVA POSITIVA, CAMPOS PULMONARES CLAROS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS. AL MOMENTO AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2024-10-03 | 12:04 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2024-10-03 | 12:04 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |