

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	VERA	ROMAN JOSE	02	04	1997	27 años, 11 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313442772	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y	096-826-3775 /
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	1313442772	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	2025	03	21
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 clínico

PACIENTE DE 27 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CIRUGIA RENAL POR HERIDA DE PROYECTIL HACE 1 AÑO 6 MESES, POSTERIOR A ESO REFIERE DOLOR Y ABULTAMIENTO ABDOMINAL AL LEVANTAR OBJETOS, AL EXAMEN FÍSICO: SE EVIDENCIA PÉRDIDA DE CONTINUIDAD DE PARED ABDOMINAL, MANIOBRA VALSALVA POSITIVA. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
HERNIA INCISIONAL SIN OBSTRUCCION O GANGRENA		K432	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	15:05	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 FIRMADO electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA

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 clínico

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
2025-03-21	15:05	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	