A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1313696948	1313696948

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICION EDAD (MARCAR) H	M	A
MACIAS	VEGA	SHIRLEY	JAZMIN	F	26/01/1994	32			X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0963316657/0999601397	MSP

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	X
3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutiva	X
4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD CON APACUDE POR CUADRO DE DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA. REFIERE PERSISTENCIA DE MOLESTIAS A NIVEL INGUINAL DERECHO. PRESENTA ECOGRAFÍA DE FECHA 11 DE MAYO DE 2026, LA CUAL REPORTA AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN INGUINAL DERECHA, EVIDENCIÁNDOSE EVENTRACIÓN DE ASAS INTESTINALES A TRAVÉS DE ANILLO HERNIARIO DE APROXIMADAMENTE 17 X 14 MM, COMPATIBLE CON HERNIA INGUINAL DERECHA. AL MOMENTO SIN SIGNOS CLÍNICOS DE INCARCERACIÓN NI ESTRANGULACIÓN. SE REALIZA REFERENCIA A CIRUGÍA GENERAL PARA VALORACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K409		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/05/2026	11:00:00	VALERIA	SALAZAR	MONTESDEOCA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1311949299	Valeria Lisseth Salazar Montesdeoca Time Stamping Security Data	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO