

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		1246	CS TOSAGUA		C	1313911727		1313911727					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		CARRANZA		TERESA		RAMONA	F	13/11/1988	78	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN					
0962758952 - 0969637248		NO REGISTRA											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		8. Inadecuada capacidad resolutiva					
MANABÍ				TOSAGUA		TOSAGUA		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 NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		CIRUGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 48%, SECUNDARIO A RETRASO MENTAL MODERADO, REFIERE DOLOR ABDOMINAL POR PRESENCIA DE HERNIA UMBILICAL DESDE HACE +/- 6-7 MESES, ACOMPAÑADO DE HIPOREXIA Y PERDIDA DE PESO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA POSIBLE VALORACION Y TRATAMIENTO MEDICO/QUIRURGICO.

ECOGRAFIA CIELOS NUEVOS. 09/01/2026. ZONA UMBILICAL: SE OBSERVA UN ANILLO HERNIARIO DE 0.62cm CON LA MANIOBRA DE VALSALVA MIDE 1.51cm, MUESTRA CONTENIDO HETEROGÉNEO QUE DISMINUYE, PARCIALMENTE AL REPOSO, AL DOPPLER COLOR SIN VASCULARIZACION AUMENTADA. HERNIA UMBILICAL

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K429		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
28/01/2026	9.40 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	