

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ZAMBRANO	ALVARO ANDRES	21	11	1996	27 años, 9 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314106699	MANABI	CHONE	CONVENTO	8 DE DICIEMBRE y	099-548-3125 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314106699	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2024	09	12
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 clinico

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: NO REFIERE , AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FISTULA A NIVEL DE ENTREPIERNA DERECHA DOLOROSA QUE SUPURA LIQUIDO SANGUINOLENTO AMARILLENTO ACOMPAÑADO DE FIEBRE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS,ÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. REGIÓN FEMORAL MASA PALAPABLE , EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, NO HAY EDEMA. MUCOSAS, HIDRATADA. PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HERNIA FEMORAL AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA FEMORAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA	K413		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-12	10:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2024-09-12	10:04	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

