

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	MUÑOZ	ERIKA VANESSA	11	02	1993	32 años, 7 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314472125	MANABI	CHONE	BOYACA	BOYACA y	096-953-5300 /
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	1314472125	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía General	2025	09	15	
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 FEMENINO DE 32 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR MASA ABDOMINAL EN REGION INFRAUMBILICAL QUE HA VENIDO AUMENTANDO DE TAMAÑO PROGRESIVAMENTE Y HA OCASIONADO DOLOR ABDOMINAL EVA 10/10 EN OCASIONES, PACIENTE REFIERE CUADRO INICIO POSTERIOR A REALIZARSE SALPINGECTOMIA PROGRAMADA, ADEMAS REFIERE QUE CUANDO REALIZA CIERTAS ACTIVIDADES DOMESTICAS MASA OCASIONA DOLOR Y AUMENTA DE TAMAÑO Y QUE CUANDO SE ACUESTA ESTA SE REDUCE DE TAMAÑO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE OBSERVA PERDIDA DE CONTINUIDAD DE TEJIDO EN REGION UMBILICAL Y SACO HERNIARIO DE 1.66 CM NUMERO DE TELEFONO: 0969535300

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-15	10:19	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

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
2025-09-15	10:19	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	