

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	BRIONES	KARLA STEFANIA	26	03	1997	27 años, 5 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314476159	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y 24 DE JULIO	096-198-9182 /
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	1314476159	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2024	08	28
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 CON DOLOR ABDOMINAL EN REGION INGUINAL IZQUIERDA DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN. EL DOLOR SE HACE MAS INTENSO CON LA ACTIVIDAD DIARIA O CON EL PUJO. EN OCASIONES LA PACIENTE SE ESTRÍÑE. TOMA POCA AGUA. TIENE PREFERENCIA POR LOS CARBOHIDRATOS. PACIENTE EN OBESIDAD TIPO iii.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PROTRUSIÓN A NIVEL DE LA REGIÓN INGUINAL IZQUIERDA, EN RELACIÓN A HERNIA. SE PRESENTA INTENS O DOLOR A LA MANIOBRA DE VALSALVA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K409		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-28	09:57	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

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
2024-08-28	09:57	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	