

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	SOLORZANO	CARMEN ANGELICA	03	10	1996	28 años, 10 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314515428	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS GUASMOS y	099-525-1518 /
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	1314515428	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	09	02
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 FEMENINA DE 28 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO RFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA REVISION DE ECOGRAFIA PREVIAMENTE SOLICITADA. AL INTERROGATORIO REFIERE DOLOR EN ZONA UMBILICAL QUE SE EXACERVA CUANDO REALIZA ACTIVIDAD FISICA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0995251518

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ZONA DE TEJIDO GRASO A LA MANIOBRA DE VASALVA SE VISUALIZA SALIDA DE ESTRUCTURA HIPOECOGENICA MOVIL, FORMANDO APARIENCIA DE SACO MIDIENDO APROXIMADAMENTE 1.83 CM X 0.73 CM COMPATIBLE CON SACO HERNIARIO, ANILLO HERNIARIO MIDE 1.5 MM DE DIAMETRO. CONCLUSION: HERNIA UMBILICAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-02	14:27	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-02	14:27	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	