

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BASURTO          | LUCAS            | LADY MARGARITA | 08                  | 08  | 2000 | 24 años, 6 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        | Dirección      |                                  | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314800085        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | 24 DE MAYO y BENITO SANTOS MACAY | 096-274-1535 /      |
| 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                 | 1314800085      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                 | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|-----------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Cirugía General | 2025  | 02  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad    | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTES DE COLON IRRITABLE, CON ANTECEDENTE QUIRURGICO DE APENDICECTOMIA + ADHERENCIAS Y HERNIA UMBILICAL. ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE ECOGRAFIA, AL MOMENTO PACIENTE INDICA DOLOR PELVICO PRINCIPALMENTE DERECHO, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIAN NOVEDADES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE REALIZA RASTREO EN REGION INGUINAL DERECHA EN LA QUE OBSERVAMOS PERDIDA DE CONTINUIDAD DE TEJIDO Y SACO HERNIARIO, VESICULA BILIAR NORMAL, HIGADO ESTEATOSIS GRASA 2; IDX: ECOGRAFIA INGUINAL DERECHA, ESTEATOSIS GRASA 2

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | K402   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-25 | 16:25 | Medicina General | ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ | 0940448434 |       |

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 clínico

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |