

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	ROSA	EUGENIA	09	09	1934	90 años, 1 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314806769	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SANTA TEREZA y	098-173-1720 /
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	1314806769	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2024	11	05
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 SIN APP DE RELEVANCIA APQ APENDICECTOMÍA, QUIEN ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADA POR DOLOR ABDOMINAL EN FLANCO DERECHO QUE SE IRRADIA A ZONA LUMBAR TIPO URENTE, AUTOMEDICADA CON SERTAL NI MEJORÍA ALGUNA, ADEMÁS REFIERE DOLOR INCREMENTA CON EL ESTREÑIMIENTO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA ABDOMEN DEPRESIBLE, GLOBULOSO DE PREDOMINIO EN LADO DERECHO, REFIERE QUE MASA CRECE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: PARED ABDOMINAL DEL HIPOGASTRIO SE OBSERVA DEFECTO APONEURÓTICO DE 7CM APROXIMADAMENTE POR EL CUAL EMERGE CONTENIDO EPLIPLOIEDEO E INTESTINAL. EVENTRACIÓN. RADIOLOGÍA CONVENCIONAL : RX DE TORAX AP DONDE SE EVIDENCIA CARDIOMEGLIA, RADIOPACIDAD EN ÁNGULO COSTOFRÉNICO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HERNIAS VENTRALES Y LAS NO ESPECIFICADAS SIN OBSTRUCCION O GANGRENA	K 439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-05	12:46	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2024-11-05	12:46	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

