

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	ROSA	EUGENIA	09	09	1934	90 años, 11 meses, 11 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		2025	08	20
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 90 AÑOS DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA APQ APENDICECTOMÍA, QUIEN SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA , PACIENTE Y FAMILIAR REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADA POR DOLOR ABDOMINAL EN FLANCO DERECHO QUE SE IRRADIA A ZONA LUMBAR TIPO URENTE, ADEMÁS REFIERE DOLOR INCREMENTA CON EL ESTREÑIMIENTO, PACIENTE Y FAMILIAR NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

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

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HERNIAS VENTRALES Y LAS NO ESPECIFICADAS SIN OBSTRUCCION O GANGRENA	K439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	12:12	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-20	12:12	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	