

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	BRAVO	VICTORIA VIVIANA	14	07	1997	28 años, 2 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315561082	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y SANTA MARIANITA DE JESUS	098-848-2842 /
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	1315561082	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2025	09	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE RFIERE CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DE LADO DERECHO TIPO PUNZANTE EVA 8/10 PAR ALO CUAL A VECES LE HAN PRESCRITO AINES SIN VER MEJORIA, POR LO CUAL FUE VLORADA EL 13/6/2025 EN AREA DE URGENCIAS DONDE REALIZAN ESTUDIOS DE IMAGEN CON REPORTE ECOGRAFICO DE CUERPO EXTRAÑO POS QUIRURGIVO VS GRANULOMA POR LO CUAL ACUDE CON HOJA DE REFERENCIA INVERSA PARA SOLICITAR VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, NO REFIERE ANTECEDENTS PATOLOGICOS PERSONALES, QUIRURGICOS 3 CESAREAS (ULTIMA HACE 4 AÑOS), ALERGIAS NO REFIERE, HABITOS TOXICOS NIEGA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO EN LA PIEL Y EN EL TEJIDO SUBCUTANEO	L923		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-09-30	14:10	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	Se firmó electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-30	14:10	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

