

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| LOOR             | BRAVO            | ERIKA NAHOMI | 17                  | 06  | 1997 | 28 años, 11 meses, 12 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |            |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|------------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315988236        | MANABI              | ROCAFUERTE | ROCAFUERTE | NANNNNNNN y SN               | 096-812-3899 /      |
| 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                 | 1315988236      | HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES | HOSPITAL BASICO | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                 |      | Fecha |     |  |
|---------------------|---------------------------|------------------|-----------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Cirugía General | 2026 | 05    | 29  |  |
| 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

dolor y masa en zona umbilical y supraumbilical

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

masa supraumbilical

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO        | FIRMA |
|------------|-------|-----------------|-------------------------------|---------------|-------|
| 2026-05-29 | 10:31 | Cirugía General | MARCELO ANTONIO DAZA ALVARADO | 1006-02-67722 |       |

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 |
|------------|-------|-----------------|-------------------------------|---------------|-------|
| 2026-05-29 | 10:31 | Cirugía General | MARCELO ANTONIO DAZA ALVARADO | 1006-02-67722 |       |