

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		4443	C.S. ROCAFUERTE	B	1316382827		1316382827			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
CENTENO		VELAZQUEZ		JOSE		VALENTIM	M	14/02/2000	24	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO		
0989787574 - 0980524511		MSP		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO		X		
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD REFIERE APP DE TRASTORNOS HEPATICOS DE ESTEATOSIS HEPATICA Y TRASTORNOS RENALES DE LOS CUALES DIAGNOSTICO DESCONOCE DIAGNOSTICO PERO MENCIONA QUE RECIBIO TRATAMIENTO CON MEDICO PARTICULAR HACE APROXIMADAMENTE DOS AÑOS, CON CUADRO CLINICO DE MAS DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POPR DOLOR A NIVEL ABDOMINAL AL LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PASAR TIEMPO SENTADO MANIFIESTA DOLOR E INCOMODIDAD AL REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA AL EXAMEN FISICO ANTE MANIOBRA DE VALSALVA SE APRECIA PROTUBERANCIA DE 1-2 CM DE DIAMETRO, ECO DEL 11-02-2024 CONFIRMA HERNIA ABDOMINAL DE 15 MM SV PA 123/60 - FC 65 SAT 97% - T° 36,7 °P 70 KG - T 176 CM AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE ACTIVO Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LABOTARIOS EN SISTEMA, PACIENTE TIENE EN SU PODER ESTUDIO DE IMAGEN ANTERIOR (ECOGRAFÍA ABDOMINAL)

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTRAS HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA		K458		X	4.			
2.	HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA		K469		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/12/2024	10:00	MARILYN	RODRÍGUEZ	FORTIS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1315309441				 Dra. Marilyn F. Rodríguez MÉDICA GENERAL C.I.: 131530944-1 Reg. Senescyt: 1009-2024-2920594

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO