

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1317265807	1317265807					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDEÑO	SALAZAR	MONICA	ARACELY	M	21/7/2000	25	H	D	M	A
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0968434193//0984944466		MSP								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.				
MANABI	TOSAGUA	A	2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.				
			3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive				
			4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
			5. Problemas de infraestructura.							
X X										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 7 AÑOS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DOLOR PERIUMBILICAL RECURRENTE, QUE SE ACOMPAÑA DE EPISODIOS DE ERITEMA LOCAL Y DRENAJE DE LÍQUIDO SEROSO A NIVEL UMBILICAL. ADEMÁS, REFIERE DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE URGENCIA PARA LA DEFECCIÓN. PRESENTA ECOGRAFÍA ABDOMINAL PREVIA QUE REPORTA PRESENCIA DE SACO HERNIARIO EN REGIÓN UMBILICAL CON PÉRDIDA DE CONTINUIDAD DE LOS PLANOS DE LA PARED ABDOMINAL, COMPATIBLE CON HERNIA UMBILICAL, ADEMÁS DE ESTEATOSIS HEPÁTICA GRADO II.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	K429	X					
2.				X				
3.				X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
6/4/2026		DENISSE	VELEZ	UTRERAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313903682		DISTRITO DE SALUD T3D12 Dra. Denisse Vanina Velez Utreras MEDICINA GENERAL REG. SENESCYT:1009-2017-14813969		

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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	TIPOLOGIA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE		CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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		