

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					
MSP	4443	C.S. ROCAFUERTE	B	1350642144	1350642144					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LUCAS	FLORES	JESSICA	ALEXANDRA	F	9/9/1996	28	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN							
0986973664 - 0997075568	MSP	X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento.							
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
			1. Accesibilidad geográfica.							
			2. Falta de espacio físico.							
			3. Falta de equipamiento.							
			4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 28 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, ACUDE A CONSULTA MÉDICA PARA REVISIÓN DE LABORATORIOS (11/06/2025 MISMOS QUE NO SE ENCUENTRAN PATOLÓGICOS), ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS (22/07/2025) DONDE SE REPORTA: AUMENTO DE VOLUMEN EN LA REGIÓN UMBILICAL S E TRADUCE EN AVENTRACION DE ASAS INTESTINALES PRODUCIENDO UN ANILLO HERNIARIO QUE MIDE 11MM X 8MM, MAS EVIDENTE CON LA MANIOBRA DE VALSALVA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, REFIERO LEVE DOLOR EN ZONA UMBILICAL. ENVÍO REFERENCIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS (22/07/2025) DONDE SE REPORTA: AUMENTO DE VOLUMEN EN LA REGIÓN UMBILICAL S E TRADUCE EN AVENTRACION DE ASAS INTESTINALES PRODUCIENDO UN ANILLO HERNIARIO QUE MIDE 11MM X 8MM, MAS EVIDENTE CON LA MANIOBRA DE VALSALVA.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. HERNIA UMBILICAL S IN OBS TRUCCION NI GANGRENA	K429		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aaaa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/7/2025	9:30	NATASHA	MACIAS	ARANEA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312602848				

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	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 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		