

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CUSME            | CAGUA            | GENESIS GUADALUPE | 13                  | 11  | 2013 | 12 años, 3 meses, 6 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351769938        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL BEJUCO y SN               | 098-658-2974 / (99)-999-9999 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1351769938      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2026  | 02  | 19  |
| 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

PACIENTE FEMENINA DE 12 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE Y REVISIÓN MÉDICA GENERAL. ANTECEDENTES PERSONALES: REFIERE HERNIA UMBILICAL DIAGNOSTICADA EN LA INFANCIA , PADRE MENCIONA QUE TUVO CONTROLES EN HOSPITAL SIN EMBARGO NO SE REALIZÓ NINGUNA RESOLUCIÓN DEBIDO A QUE SEGUN MENCIONA EL PADRE ERA LA MADRE QUIEN ESTABA AL TANTO DE LA SITUACIÓN Y NO LE INFORMÓ NADA, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIEREL, ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, NIEGA SINTOMATOLOGÍA, PADRE REFIERE INAPETENCIA Y Náuseas EN OCASIONES. AL EXAMEN FÍSICO SE PALPA MASA COMPATIBLE CON HERNIA UMBILICAL, NO REDUCTIBLE, SIN SIGNOS DE EXTRANGULACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HERNIA UMBILICAL SIN SIGNOS DE OBSTRUCCION NI COMPLICACIONES

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-02-19 | 14:55 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-02-19 | 14:55 | Medicina Rural | ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES | 1313700039 |       |

