

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		1246	CS TOSAGUA		C	1353605486		1353605486						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MACAY		MACIAS		JAEI		ENRIQUE		M	09/04/2021	3	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0963086135 - 0986386291		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento.
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutoria		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		X										
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOELON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO CON APP DE HERNIA UMBILICAL, EL CUAL FUE VALORADO EN HOSPITAL DE CHONE, EL CUAL TIENE PENDIENTE VALORACION SUBSECUENTE, REFIERE LA MADRE, DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE, SOBRETODO EN LA NOCHE. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACION ESPECIALIZADA.

ECOGRAFIA 13/11/2025: IMAGENECOMIXTA MPVIL SUGESTIVO PARA DEFECTO DE PARED ABDOMINAL QUE GENERA SACO HERNIARIO RETRACTIL PARCIALMENTE, EN REPOSO MIDE APROXIMADAMENTE TRANSVERSAL 0.93cm Y ANTEROPOSTERIOR 0.46cm, ANILLO HERNIARIO DE MEDIDAS APROXIMADAS DE 0.21cm EN REPOSO. NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES A NIVEL DE TEJIDO ADIPOSO NI TCS RELACIONADO A HERNIA A UMBILICAL, NO SE LOGRA REALIZAR VALSALVA POR EDAD DE PACIENTE.

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	C/E	PRE	DEF		C/E	PRE	DEF
1.	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA		K429			4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/01/2025	11.20 a.m.	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310509771		 JUAN JOSÉ ZAMBRANO PINCAY		

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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

[illegible]

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