

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	MOREIRA	GALO PATRICIO	10	02	1964	61 años, 0 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1708421001	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LAS PIEDRAS y	098-546-2948 /
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	1708421001	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2025	03	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

S: PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD CON APP : HTA (ENALAPRIL 20 MG) ACUDE PARA CONTROL ED PATOLOGIA DE BASE + DOLOR PELVICO + NICTURIA CON DIFICULTAD A LA MICCIÓN, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE DOLOR PELVICO DE MODERADA INTENSIDAD ,SIN SIGNOS DE ALARMA, NO ANGINA DE PECHO, NO DISNEA, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: SE EVIDENCIA UNA HERNIA UMBILICAL, DOLOR A LA PALPACION A NIVEL PELVICO Y REGION LUMBAR. P: MEDIDAS GENERALES, SE ENVIA ECOGRAFIA ABDOMINOPELVICO, ENALAPRIL 20 MG QD, CONTROL AMPA, SE INDICA EXAMENES PARACLINICOS DE CONTROL(BH-EMO-COPROPARASITARIO) CON TURNO 10-03-25 , REFERENCIA A CIRUGÍA GENERAL POR HERNIA UMBILICAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO: ABDOMEN: HERNIA UMBILICAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	09:10	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-03-07	09:10	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	