

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	ZAMBRANO	RAMON ALIPIO	08	05	1950	74 años, 5 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301684484	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BACHILLERO y VSANTIAGO VERA	099-351-7300 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1301684484	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Cirugía General	2024	10	28	
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

PACIENTE MASCULINO DE 74 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENTAR HEMORROIDES EXTERNAS QUE LE GENERAN MUCHO DOLOR, INDICA QUE ESTABAN MAS PEQUEÑAS Y HAN INCREMENTADO SU TAMAÑO. PACIENTE INDICA QUE HA HABLADO CON EL CIRUJANO DEL HOSPITAL QUIEN LE INDICO QUE ACUDA POR EL PRIMER NIVEL A REALIZAR REFERENCIA PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y EXTRAER DICHAS HEMORROIDES. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE HA REALIZADO EXAMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORROIDES, SIN OTRA ESPECIFICACION	K649		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-28	14:34	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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
2024-10-28	14:34	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	