

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FERRIN	EVASIO MAURO	02	12	1953	72 años, 6 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302614084	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS ALMENDROS y	098-825-2965 /
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	1302614084	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	07	01
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 72 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA, ACUDE A CONTROL RUTINARIO DE ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE. DURANTE LA CONSULTA REFIERE PRESENTAR HEMORROIDES EXTERNAS EN NÚMERO DE TRES, LAS CUALES SE HAN MANTENIDO POR TIEMPO PROLONGADO Y EN OCASIONES PRESENTAN EPISODIOS DE SANGRADO, ESPECIALMENTE RELACIONADOS CON EL ESFUERZO DEFECATORIO. EL PACIENTE NIEGA OTROS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES COMO DOLOR ABDOMINAL, CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESITAL, DIARREA O ESTREÑIMIENTO SEVERO, ASÍ COMO SÍNTOMAS URINARIOS. NO REFIERE ALERGIAS CONOCIDAS. ADEMÁS PACIENTE REFIERE PRESENCIA DE MASAS NO DOLOROSAS EN ESPALDA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION. AL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACTIVO, REACTIVO Y COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORROIDES DE TERCER GRADO	K642		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-01	16:11	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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 clínico

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
2026-07-01	16:11	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

