

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MENDIETA	EDGAR BENEDITO	11	09	1972	53 años, 7 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305818690	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	093-922-9560 /
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	1305818690	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2026	04	29
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 ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CRÓNICO DE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE HEMORROIDES EN REGIÓN ANAL, ASOCIADO A EPISODIOS RECURRENTES DE DOLOR Y MOLESTIA DURANTE LA DEFECACIÓN. REFIERE ADEMÁS DIAGNÓSTICO PREVIO DE FISURA ANAL HACE APROXIMADAMENTE UN AÑO, SIN CONTROLES RECIENTES POR ESPECIALISTA. PACIENTE MANIFIESTA PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE MEDIDAS GENERALES, POR LO QUE SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA DEFINICIÓN DE MANEJO Y SEGUIMIENTO ADECUADO. AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL, ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE HEMORROIDES EXTERNAS, SIN SIGNOS DE TROMBOSIS NI SANGRADO ACTIVO. SE EVIDENCIA ZONA COMPATIBLE CON FISURA ANAL CRÓNICA, SIN SECRECIÓN NI SIGNOS DE INFECCIÓN.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	08:11	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-04-29	08:11	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

