

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	PROAÑO	PATRICIA MARIA	18	02	1968	57 años, 0 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306104876	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV AMAZONAS - CDLA LAS PALMAS	0992363166
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	1306104876	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	2025	03	17
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

PACIENTES FEMENINA CON 57 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR HEMORROIDES EXTERNAS , CON DOLOR INTENSO DE 5 DIAS DE EVOLUCION, PERSISTENTE ANTE MEDICACIÓN. ACUDE CON REPORTE DE VIDEOCOLONOSCOPIA DE HEMORROIDES GRADO III, A LA RETROVERSION EN RECTO SE OBSERVAN BOTONES HEMORROIDALES PEQUEÑOS CON PAPILAS HIPERTROFICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE CON REPORTE DE VIDEOCOLONOSCOPIA DE HEMORROIDES GRADO III, A LA RETROVERSION EN RECTO SE OBSERVAN BOTONES HEMORROIDALES PEQUEÑOS CON PAPILAS HIPERTROFICAS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	12:42	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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