

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MOREIRA	HOMERO IBAN	07	04	1968	57 años, 3 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306143858	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SN y	099-915-1991 /
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	1306143858	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	07	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 57 AÑOS DE EDAD, SIN APP, NIEGA ALERGIAS ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO DE HEMORROIDES DE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN, CON EPISODIOS RECURRENTES DE APARICIÓN Y DESAPARICIÓN DE LAS MISMAS QUE PROVOCAN DOLOR Y SANGRADO AL REALIZAR ACTIVIDAD DE MEDIANO ESFUERZO. PACIENTE REFIERE TRATAMIENTO CON NIKZON TABLETAS, SIN EMBARGO NO INDICA MEJORIA. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVAN HEMORROIDES EXTERNAS VISIBLES DE 2CM APROXIMADAMENTE EN LA REGIÓN ANAL, SIN SIGNOS EVIDENTES DE TROMBOSIS. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SE OBSERVAN HEMORROIDES EXTERNAS VISIBLES DE 2CM APROXIMADAMENTE EN LA REGIÓN ANAL, SIN SIGNOS EVIDENTES DE TROMBOSIS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	08:29	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
2025-07-28	08:29	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

