

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IBARRA	CHAVEZ	KAREN ELIZABETH	01	02	1969	56 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306228477	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	098-123-6801 /
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	1306228477	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Gastroenterología		2025	03	19
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

☐

REFERENCIA
INVERSA

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 56 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 50%, HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD, HEMORROIDES INTERNAS Y ESCOLIOSIS, NO ANTECEDENTES QUIRURGICOS. PACIENTE CON CUADRO DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE DISTENCIÓN ABDOMINAL, CONSTIPACIÓN Y RECTORRAGIA, ACUDE CON REFERENCIA INVERSA PARA GASTROENTEROLOGA, SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORROIDES INTERNAS SIN COMPLICACION	I842		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	09:45	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-03-19	09:45	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	