

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RIVAS	AIDA MARGARITA	20	09	1969	56 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306457134	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO y	098-690-9463 / (99)-999-9999
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	1306457134	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	06	18
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 FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD *** APP: DM (METFORMINA 500 MG QD) + HTA (LOSARTAN 50 MG) + ARTRITIS REUMATOIDEA (METOTREXATO 15 MG QS + PREDNISONA 10 MG + AC ALENDRONICO) *** APQ: SALPINGUECTOMIA *** AA: NR ____ PRESENTA DOLOR A NIVEL DE RECTO, TIPO PUNZANTE, NIEGA DEPOSICIONES SANGUINOLIENTAS. ADEMÁS PRESENTA NÚDULOS DE HEBERDEN Y DOLOR POLIARTICULAR A PREDOMINIO DE MANOS. *** AÑADE SENSACION DE DESESPERACION Y DOLOR PRECORDIAL, SENSACION DE ANGUSTIA Y DESESPERANZA, SE EVIDENCIA AFECTACION EMOCIONAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMORROIDES IV GRADO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-18	11:44	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-06-18	11:44	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	