

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	GARCIA	EDISON NAVIGIO	31	10	1973	52 años, 7 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307048130	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BY PASS y	098-504-6480 /
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	1307048130	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	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD CON APP: HIPERTENSION EN TTO CON BLOX D, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO DE HEMORROIDES EL CUAL FUE REFERIDO A UO DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA, SIN EMBARGO NO ACUDIO POR PROBLEMAS FAMILIA. REFIERE QUE HEMORROIDES AHORA SE HAN AGUDIZADO CON PRESENCIA DE SANGRADO ACTIVO AL MOMENTO DE REALIZAR LA DEPOSICION POR LO QUE HA DEJADO SU TRABAJO (CHOFER) Y HA AFECTADO SU CALIDAD DE VIDA. PACIENTE AL MOMENTO DE LA CONSULTA ACTIVO, REACTIVO, ASINTOMATICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE HEMORROIDES EXTERNAS CON SIGNOS DE CONGESTIÓN. SIN EVIDENCIA DE ABSCESO NI FISURA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORROIDES EXTERNAS TROMBOSADAS	I843		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	09:57	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-06-19	09:57	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	