

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	JARAMILLO	CIELO INES	29	05	1950	74 años, 8 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307988699	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CHONE KM 2 y B	099-913-0404 / (02)-376-7714
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	1307988699	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	Gastroenterología	2025	02	04
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 CON ANTECEDENTES DE HTA NO MEDICADA, REFIERE MEDICO ESPIRITUAL SUSPENDIO MEDICACION, TIENE DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE COLON HACE UN AÑO, PRESENTANDO CUADRO CLINICO DE PROCTALGIA, HEMATOQUECIA, DISPEPSIA, EPIGASTRALGIA Y ESTREÑIMIENTO. SE REALIZO BIOPSIA DE LESION ULCERADA EN SEPTIEMBRE DEL 2024 QUE REPORTA LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO. AL EXAMEN FISICO ADENOPATIAS DURAS Y FIJAS EN REGION INGUINAL DERECHA, INSPECCION ANAL: LESION VEGETANTE ULCERADA QUE OCUPA TODO EL LADO DERECHO DEL MARGEN ANAL LA CUAL ES DOLOROSA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PATOLOGIA: BIOPSIA DE LESION ULCERADA DE MARGEN ANAL Y PERIANAL. DIAGNOSTICO DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO, SIGNOS DE INFECCION POR VIRUS, NO SE HA IDENTIFICADO ESTROMA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL ANO, PARTE NO ESPECIFICADA	C210		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	14:19	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 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
2025-02-04	14:19	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	