

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
IESS	002198	DISPENSARIO CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD	1308136710	008
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SE	FECHA
ZAMBRANO	MOREIRA	DOLORES	ARACELY	F	1974-04-05
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN
0987539853			X	MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			6. Problemas de abastecimiento.		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	7. Insuficiencia de profesionales.		
MANABI	CHONE	CHIBUNGA	8. Inadecuada capacidad resolutive		
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
INSTITUTO ECUATORIANO DE	HOSPITAL IESS CHONE	CONSULTA EXTERNA	CIRUGÍA GENERAL

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑO DE EDAD QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE DOLOR 4/10 TIPO ARDOR MAS PIZON MAS PROTUBERANCIA EN NUMERO DE 2 EN REG ON ANAL ACOMPAÑADO DE SANGRADO ROJO RUTILANTE DE LEVE CANTIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

1.	HEMORROIDES DE 2 GRADO	PRE-PRESENTO	CIE	PRE	DEF
2.	FISURA ANAL	DEF-DEFINITIVO	K641	X	
3.			K600	X	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-21	10:11	WALTER	CEVALLOS	CHICA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO		
1311768749		SEGURO SOCIAL CAMPESINO		
		Centro Regional 6		
		Dispensario Chibunga		
		IESS UniCódigo 2196		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (AAAA-MM-DD)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1.		PRE-PRESENTO	CIE	PRE	DEF
2.		DEF-DEFINITIVO			
3.					

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO