

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| RODRIGUEZ        | ALVARADO         | LUISA SUSANA | 25                  | 10  | 1985 | 39 años, 8 meses, 0 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0926395260        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | SAN FRANCISCO 2 y            | 098-131-5599 /       |
| 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                 | 0926395260      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                  |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Medicina Interna |  | 2025  | 09  | 22  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad     |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE APD NO REFIERE AQX CESAREA Y QUISTE EN LAS MAMAS ALERGIAS NO REFIERE, AL MOMENTO PACIENTE ACUDE POR CUADROS DE FOLOR EN ZONA LUMBAR QUE SE IRRADIA AL MUSLO DE APROXIMADAMENTE 5 MESES DE EVOLUCION EVA 6/10 DOLOR TIPO PUNZANTE LATENTE AUMENTA CON FUERZ Y ESFUERZO FISICO ADEMAS DE AUMENTAR CUANDO PASA MUCHO TIEMPO SENTADA, SE A ADMINISTRADO KETOROLACO CON MEDICO PARTICULAR MEJORA LOS SINTOMAS MOMENTANEAMENTE. SE RECOMIENDA PARCHES DE KETOPROFENO CADA 12 HORAS, ADEMAS PACIENTE REFIERE QUE EN LA ZONA DEL ANO TIENE UNA PEQUEÑA PROTUBERANCIA ALREDEDOR DEL ANO EN EL BORDE EXTERNO APARENTEMENTE PIEL NO GENERA DOLOR NI SANGRADO LE SALIO DESPUES DEL EMBARAZO HACE 16 AÑOS Y GENERA MOLESTIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|   |
|---|
| . |
|---|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS HEMORROIDES ESPECIFICADAS | K648   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-06-25 | 12:19 | Medicina Rural | CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE | 1313827808 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-06-25 | 12:19 | Medicina Rural | CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE | 1313827808 |       |

