

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MEDRANDA	LUIGY XAVIER	05	08	1983	41 años, 4 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311004384	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE BENITO SANTOS y ENTRE MERCEDES Y SALINAS	099-628-9667 /
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	1311004384	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cirugía General	2024	12	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 41 AÑOS QUE ACUDE POR REFERIR HEMORROIDES, PACIENTE REFIERE QUE HACE UNOS DIAS FUE AL TIPO C POR MUCHO DOLOR MAS SUPURACION DE PUS EN EL ANO, EN DONDE LE DIJERON QUE TENIA UNA FISTULA ANAL, AL MOMENTO SE LE HACE EXAMEN FISICO SE LE VALORA Y SE OBSERVA UN ABULTAMIENTO ROJIZO EN ANO, REFIERE QUE HA DRENADO PUS POR AHI Y LE CAUSA DOLOR MUY INTENSO, A TAL PUNTO QUE NO PUEDE A VECES NI SENTARSE. REFIERE HABER PROBADO VARIOS TRATAMIENTOS PARA HEMORROIDES PERO SOLO LE DA ALIVIO MOMENTANEO. SE REFIERE A CIRUGIA GENERAL PARA MAYOR VALORACION Y RESPECTIVO TRATAMIENTO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FISTULA ANAL	K603	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	13:13	Medicina Rural	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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