

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	
MSP			DISTRITO 13 D06		B	1311446262		1311446262	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
SOLÓRZANO		VERA		LUIS		M		43	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
967563096				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO			
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.			
MANABÍ		BOLÍVAR		CALCETA		7. Insuficiencia de profesionales.			
						8. Inadecuada capacidad resolutiva			
						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	
MSP		C- EXTERNA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
		GASTROENTEROLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PERDIDA DE PESO, DOLOR COLÓNICO IZQUIERDO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, SANGRADO OCASIONAL POR INFLAMACIÓN DE HEMORROIDES EXTERNAS, PICOR LOCAL Y DOLOR CONSTANTE, CAMBIOS DE HABITOS DEFECA TORIO.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
BIOQUÍMICA Y HEMOGRAMA NORMAL	

E. DIAGNÓSTICO	
1.	HEMORROIDES DE TERCER GRADO
2.	
3.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
10/09/2025	900
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1308408135	JOSE PINOARGOTE M

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI NO
DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI NO

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
1.	
2.	
3.	

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVER