

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BASURTO          | ZAMBRANO         | JESUS VINICIO | 23                  | 12  | 1993 | 32 años, 6 meses, 13 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312804253        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | BELLA VISTA ALTA y           | 098-034-1373 / (98)-034-1373 |
| 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                 | 1312804253                               | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A |                   | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                   |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                   | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Gastroenterología | 2026           | 07  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad      | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO 32 AÑOS SIN ANTECEDTES PATOLOGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA ACUDE A CONTROL POR PRESENTAR DOLOR A NIVEL DEL ANO APROXIMADAMENTE HACE 3 SEMANAS QUE IMPIDE REALIZAR LAS DEPOSISICIONES CON NORMALIDAD NO PRESENTA SANGRADO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA HEMORRODIDES DE GRAN TAMAÑO POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA AL AREA DE GASTROENTEROLOGIA PARA VALORACION Y CONDUCTA A SEGUIR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                          |
|------------------------------------------|
| SE EVIDENCIA HEMORRODIDES DE GRAN TAMAÑO |
|------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| HEMORROIDES DE CUARTO GRADO | K643   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 14:37 | Medicina Rural | ALEX DANIEL BRAVO VELEZ | 1312584954 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------|------------|-------|
| 2026-07-06 | 14:37 | Medicina Rural | ALEX DANIEL BRAVO VELEZ | 1312584954 |       |