

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALLAROZO	PALLAROSO	JONNY AGUSTIN	15	04	1988	37 años, 11 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313407007	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SIN NOMBRE y	099-799-1056 / (99)-999-9999
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	1313407007	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General	2026	04	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 37 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 5 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR EPISODIOS ESPORÁDICOS DE HEMORROIDES SANGRANTES, ACOMPAÑADOS DE MOLESTIAS LOCALES DURANTE LA DEFECACIÓN. ADEMÁS REFIERE SENSACIÓN DE PROLAPSO HEMORROIDAL, EL CUAL REQUIERE MANIOBRAS MANUALES PARA SU REDUCCIÓN. NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EVIDENCIA EN REGIÓN ANAL PRESENCIA DE HEMORROIDES EXTERNAS PROLAPSO HEMORROIDAL REDUCIBLE MANUALMENTE, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL NI ABSCEOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORROIDES EXTERNAS TROMBOSADAS	I843		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-06	10:12	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmatEC

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
2026-04-06	10:12	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	