

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BRAVO            | MONCAYO          | LUIS HERLANDO | 02                  | 02  | 1993 | 32 años, 8 meses, 15 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                     | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313578799        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | PRIMERO DE MAYO y 17 DE ABRIL | 099-384-8961 /       |
| 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                 | 1313578799      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                 |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cirugía General |  | 2025  | 10  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad    |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 83% POR TRAUMATISMO CERVICAL Y CRANEOENCEFÁLICO (CUADRI-PARESIA), APP COLOSTOMIA AL MOMENTO CON FISTULA SUPUTATIVA SE ENCUENTRA EN VALORACION POR SERVICIO DE CIRUGIA EL CUAL INDICA SE REALIZE REFERENCIA PARA REALIZAR FISTULOGRAMA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| PACIENTE EN VALORACION POR SERVICIO DE CIRUGIA POR COLOSTOMIA |
|---------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico        | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------|--------|-----|-----|
| FISTULA ANORRECTAL | K605   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-17 | 15:56 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

### 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 clínico

#### 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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-17 | 15:56 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |