

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	HERRERA	RODOLFO ANDRES	10	11	1990	34 años, 0 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313739854	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS NARANJOS 2 y SN	096-320-9304 /
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	1313739854	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	04	
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

PVVS MASCULINO DE 34 AÑOS QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR Y ARDOR EN ANO POSTERIOR A RELACIONES SEXUALES CON OTRA PERSONA DEL MISMO SEXO, ES UN DOLOR INTERMITENTE PERO QUE SE MANTIENE CON IGUAL INTENSIDAD, SE LE HACE EXAMEN FISICO Y SE ENCUENTRA UNA MASA PEQUEÑA BLANQUECINA DE CONSISTENCIA BLANDA, PACIENTE REFIERE QUE LE DUELE LEVEMENTE PERO AL HACER DEPOSICIONES DUELE MAS, INCLUSO HA TENIDO LEVES SANGRADOS EN LAS DEPOSICIONES. NO HAY ALZA TERMICA NI MAS DATOS DE IMPORTANCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DEL ANO Y DEL RECTO	K 628	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-04	08:48	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 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