

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MALA	LUCAS	DENNY EDISON	06	05	1994	32 años, 0 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313778894	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN FELIPE y	096-982-3233 / (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	1313778894	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía General		2026	05	27
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 32 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NO REFIERE ACUDE AL CENTRO DE SALUD PRESENTANDO CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE GARGANTA DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN APROXIMADAMENTE 8 DIAS, ASOCIADO A ODINOFAGIA, FIEBRE NO CUANTIFICADA Y MALESTAR GENERAL, COMPATIBLE CON CUADRO DE AMIGDALITIS. REFIERE TAMBIÉN SINTOMATOLOGÍA A NIVEL ANAL CARACTERIZADA POR DOLOR Y SENSACIÓN DE ABULTAMIENTO, ASOCIADO A DISCONFORT AL DEFECAR Y EPISODIOS OCASIONALES DE PRURITO PRESENTE Y SANGRADO ESCASO, SENSACION DE HUMEDAD CONSTANTE EN LA ZONA ANAL, EPISODIOS REPETIDOS DE ABSCESOS ANAL. COMPATIBLE CON HEMORROIDES Y POSIBLE FISTULA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA SIN SIGNOS DE COMPLICACIÓN AGUDA, POR LO QUE SE SUGIERE MANEJO Y SEGUIMIENTO MÉDICO CORRESPONDIENTE. 0969823233

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FISTULA ANAL	K603	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	11:30	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-27	11:30	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

