

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	ZAMBRANO	ARIEL FERNANDO	31	01	2015	11 años, 4 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352034068	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA BAHIA y SN	098-020-0435 /
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	1352034068	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	06	02
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADOLESCENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE HEMORROIDES DESDE HACE +/- 3 MESES DE EVOLUCIÓN LO QUE RECIBIÓ TTO TÓPICO CON PROCTOGLYVENOL CREMA PERO NO MEJORA, CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR RECTAL QUE SE EXACERBA AL DEFECAR, NIEGA PRESENCIA DE SANGRE. ANTECEDENTES DE ESTREÑIMIENTO, HECES DURAS , DIETA POCA EN FIBRA VEGETAL, SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA DESCARTAR PATOLOGÍAS ORGÁNICAS. // 0997332789 //

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENCIA DE HEMORROIDES ANALES EXTERNAS DE APROXIMADAMENTE 2 mm, DURA A LA PALPACIÓN.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORROIDES, SIN OTRA ESPECIFICACION	K649		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	13:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-02	13:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	