

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CONFORME	CONFORME	ZULEIDY GUADALUPE	10	01	2022	3 años, 8 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353796855	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO BOCA CAÑALES y SN	098-054-7785 / (00)-000-0000
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	1353796855	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	09	25
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

SE REALIZA BRIGADA MEDICA EN LA COMUNIDAD DE BOCA DE CAÑALES DONDE SE VALORA PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS DE EDAD EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE QUE SU HIJA PRESENTA UNA FORMACION EN LA REGION ANAL DESDE EL NACIMIENTO LA MISMA QUE LA DESCRIBE COMO "UNA TETITA" QUE LE PROVOCA DOLOR AL MOMENTO DE EVACUAR. MADRE REFIERE ANTECEDENTES PREVIO DE ESTREÑIMIENTO DE LARGA DATA DE EVOLUCION, INDICA QUE NO HA SIDO VALORADA POR ESPECIALIDAD EN LA ACTUALIDAD. MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA LA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico



Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORROIDES NO ESPECIFICADAS, CON OTRAS COMPLICACIONES	I848	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-25	20:53	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263	MARIA PIERINA MUNOZ MACIAS



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
2025-09-25	20:53	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	