

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ALAVA	ANA PAULA	31	03	2017	8 años, 11 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351465121	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	XX y	000-000-0000 /
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	2351465121	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría		2026	03	12
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

ESCOLAR FEMENINA DE 8 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE LESIONES DESCRITAS COMO “HEMORROIDES”, DIAGNOSTICADAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO EN OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD. EN DICHA OCASIÓN SE INDICÓ TRATAMIENTO CON SUPOSITORIOS RECTALES Y MEDICACIÓN ADICIONAL NO PRECISADA POR LA MADRE. LA MADRE REFIERE ADEMÁS EPISODIOS RECURRENTES DE CONSTIPACIÓN, ASOCIADOS A DOLOR DURANTE LA DEFECACIÓN (DISQUECIA). SEÑALA QUE EL DÍA DE AYER, DURANTE EL ASEO DE LA MENOR, EVIDENCIÓ MANCHADO RECTAL ESCASO, ASÍ COMO LA PRESENCIA DE PEQUEÑAS PROTRUSIONES O “BOLITAS” EN LA REGIÓN ANAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FISURA ANAL, NO ESPECIFICADA	K602	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-12	10:14	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	

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
2026-03-12	10:14	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	

