



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO								
MSP	001414	Chone	CS-C	1353654724									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Zambrano	Macias	Eliam	David	H	20-06-2021	4	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0959655920		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutoria							X
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
		5. Problemas de infraestructura.											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Reumatologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
LACTANTE MAYOR 1 AÑO 4 MESES DE EDAD ACUDE CON ACOMPAÑAMIENTO MATERNO AL ESTABLECIMIENTO PARA PRIMER CONTROL DEL NIÑO SANO EN EL ESTABLECIMIENTO *** ANTECEDENTES DE ANEMIA **** PACIENTE SIN CEDULA DE IDENTIDAD- DEBIDO A QUE MADRE ES MENOR DE EDAD Y SU MADRE DEBE FIRMAR LA RESPECTIVA DOCUMENTACION PARA REGISTRAR AL NIÑO **** MADRE MENCIONA QUE EL DIA DE AYER ACUDIO CON PACIENTE POR EL AREA DE EMERGENCIA DEBIDO A CUADRO FEBRIL DE 1 DIA DE EVOLUCION SIN PRESENCIA DE RINORREA O TOS PRODUCTIVA. MENCIONA DEPOSICIONES COLORACION AMARILLENTA SIN PRESENCIA DE MOCO O SANGRE **** MADRE COMENTA QUE ESTABA REALIZANDOSE CONTROLES EN LA BRAMADORA POR EL CARMEN *** MADRE REFIERE QUE INTENTA INTRODUCIR ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADICIONAL A LA SUPLEMENTO EN POLVO- QUE HA TENIDO PROBLEMAS DE ALIMENTACION POR RECHAZO A LOS MISMO DESDE QUE LOS 6 MESES. NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTICIAS. AL MOMENTO- PACIENTE AFEBRIL- REACTIVO- ACTIVO- COLABORADOR- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. HITOS DEL DESARROLLO ACORDES A LA EDAD. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 5.06 10^6/?L 5 - 6.5 HEMOGLOBINA 8.2 G/DL 14.5 - 18.5 HEMATOCRITO 30.5 % 45 - 55 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 60.3 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 16.2 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 26.9 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 18.4 % 11.5 - 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 37.6 ?M³ PLAQUETAS 336 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.26 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 7.6 ?M³ 7.4 - 11 ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 8.3 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 29 10³/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 8.5 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 7.12 10³/?L 4 - 10 LINFOCITOS (%) 24.5 % 25 - 40 NEÚTRÓFILOS (%) 58.2 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 14.4 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 2.6 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.3 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 1.74 10³/?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) 4.14 10³/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 1.03 10³/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.19 10³/?L 0 0.5 BASÓFILOS (#) 0.02 10³/?L 0 - 0.2

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Desnutricion Proteicocalorica Severa No Especificada	E43X		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-02	03:56	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1314783083				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO			

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	