

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	GAVICA	LIGIA ELIZABETH	03	04	1983	43 años, 2 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1205751744	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CONDOR MZ 597 y	099-487-5471 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1205751744	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	06	05
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 FEMENINA DE 43 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SIDROME DE VON WILLEBRAND FACTOR N1 DE LA COAGULACION ,OBESIDAD LA MISMA REFIERE QUE EN LOS ULTIMOS MESES HA PRESENTADO HEMATOMAS DE GRAN TAMAÑO DISPERSOS , METRORRAGIAS CON MAS DE 7 TOALLAS INTIMAS AL DIA, INFECCIONES CUTANEAS A REPETICIÓN LA ULTIMA HACE MENOS DE 8 MESES CON LESIONES MUCOPURELTAS , PRURIGINOSAS DISEMINADAS EN BRAZOS Y PIERNAS . PACIENTE CONSUME REGULARMENTE ANCHAFIBRIM 500MG AL DIA EN ESTOS MOMENTOS CON EX LAB HB 8,7 G/DL
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 3.7 HB 8.7 G/DL HCTO 27% VCM 73 HCM 23 HCMC 44 PLAQUETAS 553 MVP 5.8

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND	D680		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-05	14:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2026-06-05	14:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	