

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		1246	CS TOSAGUA		C	1304250713		1304250713						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		SOLORIZANO		JOSE		MARIA		M	17/05/1937	88	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0967225693 - 0962758952		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		X		8. Inadecuada capacidad resolutive						
				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 NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		GERIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIO OCTAGENARIO CON AP DE SALUD APARENTE, VIVE SOLO, NO SE ALIMENTA BIEN, NO ESCUCHA BIEN, REFIERE DEBILIDAD, MAREOS, PICAZON EN EL CUERPO, NO QUIERE VIVIR CON SU HIJA, PERDIO EL CONOCIMIENTO HACE UNA SEMANA, FUE TRASLADADO POR EMERGENCIA, DONDE ENCONTARRON ANEMIA SEVERA, SECUNDARIO A MALA ALIMENTACION. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION INTEGRAL.

EN LA ACTUALIDAD CON TTO MEDICO FERROPENICO PARENTERAL Y ORAL.

Fecha: 08/08/2025 Lcd/a: ANGELICA CASTRO Hb: 6.0 mg/dl, Hcto: 21.9%, Hematies: 3.81 x10¹²/L, Plaquetas: 418 mmc, Leucocitos: 6.26 mmc. (Lin 23.1, Seg 58.7, Mon 10.4, Eos 7.7, Bas 0.1), Glicemia: 94.63mg/dl, Creatinina: 1.11 mg/dl, Ac Urico 2.35 mg/dl, Urea 49.4 mg/dl; Colesterol 159.47 mg/dl, TAG: 38.58 mg/dl, VLDL: 7.72 mg/dl, TGO: 27.14 U/L, TGP: 20.05 U/L. VIH 1+2 Ag P24: NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO, Hepatitis B: Negativo, Hepatitis C: Negativo. TORCH IgM: NEGATIVO, ASTO: Negativo, FR: Negativo, PCR: Negativo. PSA TOTAL: POSITIVO. UROANALISIS: PROTEÍNA: Negativo, GLUCOSA: Negativo. Leu 3-5 xcl; Ert: 0-1xc/; Cel Epit: algunas; MOCO: ++

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509		X	4.				
2.	HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA	Z918		X	5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
13/08/2025	10.50 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINLAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310509771							

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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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	