

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	BRAVO	DIMAS NOE	23	07	1962	62 años, 7 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304468034	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-464-1964 / (05)-293-8121
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	1304468034	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	02	27
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 MASCULINO DE 62 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE RELEVANCIA DE EDAD ACUDE A CONSULTA CON REFERENCIA INVERSA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DONDE INDICA QUE EL PACIENTE PRESENTABA UNA HB DE 5.4 Y SE LE TRANSFUNDIÓ DOS PINTAS DE SANGRE MEJORAN HASTA 8.2. EL PACIENTE NIEGA PERDIDA HEMATEMESIS , MELENA O HEMATURIA. INDICA QUE EL PACIENTE HA ASISTIDO A SOLCA DONDE DES CARTARON LEUCEMIA POR MEDIO DE PUNCIÓN LUMBAR. PACIENTE ALERTA AFEBRIL A LA CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MUESTRA DE MÉDULA OSEA: NORMAL/REACTIVA HB: ANTES 5.4 DESPUES DE LA TRANSFUSIÓN 8.5 PLAQUETAS 15 HEMATOCRITO 16 LEUCOS 2.55

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	D649	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	11:18	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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 clínico

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
2025-02-27	11:18	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	