

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CHILA	KELMY ISABEL	28	07	1971	54 años, 0 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305812214	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y	096-089-1675 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1305812214	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	08	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	TROMBOCITOPENIA	

3. Resumen del cuadro clinico

SE AGREGÓ EN CONSULTA ANTERIOR ESTATINAS POR ALTO RCV UREA 21 CREATININA 1.03 FB 71.87, SE REPITE AZOADOS 23.91 CREATININA 0.65 FG CON FECHA DEL 18 DE AGOSTO 2025 DE 116 ML/MIN/1.73 M2 COCIENTE ALBÚMINA CREATININA 6.34, EN TRATAMIENTO PARA HTA CON LOSRATAN 50 MG, INICIA EL DIA DE HOY TTO FARMACOLÓGICO PARA DM2 CON GLUCOSA EN AYUNA DE 187 Y POSTCARGA 2H 75 GR DE 353. LLAMA LA ATENCIÓN PLAQUETAS DE 106.000 EN 2 LABORATORIOS DIFERENTES. NO HEMATOMAS, SI SANGRADO EN ENCÍAS AL APLICAR FUERZA AL CEPILLADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: AZOADOS 23.91 CREATININA 0.65 FG CON FECHA DEL 18 DE AGOSTO 2025 DE 116 ML/MIN/1.73 M2 COCIENTE ALBÚMINA CREATININA 6.34, GLICEMIA EN AYUNA 183 Y POSTCARGA 75 GR 353 PLAQUETAS 106.000

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA	D696		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	09:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-08-20	09:09	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

