

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	ALCIVAR	BENITO GONZALO	07	10	1969	56 años, 5 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306255546	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y LIMON 1	099-129-6272 / (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	1306255546	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2026	03	19
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 DE 56 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA RENAL, QUE ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR HEMATOMAS EN LE PIEL LO CUALES APARECEN POSTERIOR A CUALQUIER GOLPE O PINCHADA CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 5 MESES DE EVOLUCIÓN, ADEMAS CON ALTERACIÓN EN VALORES DE BIOMETRIA HEMATICA. AL MOMENTO AFEBRIL, ORIENTADO CON CUADRO CLINICO DESCRITO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS BLANCOS 5.69, LINFOCITOS 14.2, MONOCITOS 8.3, NEUTROFILOS 71.2, EOSINOFILOS 5.6, BASOFILOS 0.7, HEMATOCRITO 32.55, HEMOGLOBINA 10.5, PLAQUETAS 92, VCM 95, HCM 29.8

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	10:13	Medicina General	JOHANNA ELIZABETH CHINGA BAZURTO	1311700288	

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