

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	AMABLE ANTONIO	25	12	1934	91 años, 4 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	1308516002	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MALECON 5 DE JUNIO y AV MARCOS ARAY DUEÑAS	097-918-5522 /
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	1308516002	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Geriatría y Gerontología	2026	04	29
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 91 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE CON FAMILIAR TIENE ANTECEDNETE DE ANEMIA CRONICA Y FUNCION RENALA LTERADA, ADEMAS INDICA QUE PERDIDA DEL APETITO, NO TOMA LIQUIDOS, PERDIDA DE PESO; HA REFERIDO SENSACION DE AHOGO, TIENE ANTECEDENTE DE HIPERTENSIONA RTERIAL TOMA LOS ARTAN 50MG/D, HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON HIERRO ENDOVENOSO, CAMINA CON AYUDA DE BASTON

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 9.2, PLAQ 498, GB 7.04, GLUCOSA 85, CR 1.94 TGL 105, TGO 18, TGP 17.72 PRUEBAS ESPECIALES: HE SERICO 17.49, TRANSFERINA 173,37, SATURACION TRANSFERRINA 10.09, FERRITINA 27 HB GLICOSILADA 6.22, VITAMIMA D 24.87, CISTATINA C 1.16, CR 1.74.CR EN ORINA 47.3 EMO: NITRITOS Y LEUCOCITOS NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	11:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA