

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PAZMIÑO	SILVIA SOFIA	08	11	1985	39 años, 10 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311449100	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PAEZ Y ALEJO LASCANO SN FELIPE	0967314306 /
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	1311449100	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2025	09	08
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

FEMENINA 39 AÑOS DE EDAD PESO 51.7 KG TALLA 145.5CM APP NO REFIERE APF NO REFIERE AQX CESAREA 2 AA NO REFIERE AGO G2 C2 P0 A0 ACUDE CON REVISION DE EXAMENES DEL 2/9/2025 DONDE REPORTAN HB 6 HHCT 20.7 PLAQ 743 LEUC 8.26 NEUT 5.6 LINF. 1.8 GLUCOSA 90.2 COLESTEROL 159 TRIGLICERIDOS 145 EMO NO INFECCIOSO. ADEMAS PACIENTE REFIERE QUE TUVO EXAMEN DE H. PYLORI POSITIVO SIN TRATAMIENTO. SIENTE FUERTE DOLOR ABDOMINAL, PRESENTA DIARREAS Y EL DOLOR LE CAUSA VOMITOS. SE REALIZA REFERENCIA A MEDICINA INTERNA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

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
2025-09-08	11:33	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-09-08	11:33	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	