

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PARRAGA	LORENA ELIZABETH	19	04	2006	18 años, 6 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316047461	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 2 y X	099-527-3384 /
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	1316047461	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2024	10	22
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 ADOLESCENTE DE 18 AÑOS DE EDAD, TELF: 0995273384-0998733598, ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR CONTROL MEDICO GENERAL, APP: TROMBOCITOPENIA?, ALERGIAS: NO REFIERE, REFIERE CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ASTENIA, HEMATOMAS EN BRAZOS, PIERNAS, ABDOMEN, MALESTAR GENERAL, MAREOS, REFIERE QUE DE LA EDAD DE LOS 5 AÑOS MANTENIA CONTROLES CON ESPECIALIDAD DE HEMATOLOGIA PEDIATRICA, REFIERE NO HA LLEVADO CONTROLES MEDICOS HACE AÑOS CON EL MISMO Y REFIERE SINTOMAS SIMILARES. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOS 9.2, HB 10.9, PLAQ 151, HTO 33.8

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA	D696	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-22	19:07	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-22	19:07	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	