

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZ	SANTOS	JOSSELYN LILIANA	14	11	2006	18 años, 11 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316241064	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EDDY MARIA y	099-195-9375 /
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	1316241064	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Emergencia	Medicina Interna	2025	10	16
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 18 AÑOS, ACUDE A CONSULTA POR CONTROL GINECOLOGICO ACOMPAÑADA DE SU ESPOSO Y SU HIJA. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 1 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. PIG:5/11/2024 MENARQUIA: 12 AÑOS, FUM: AMENORREA POR ANTICONCEPTIVO. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: IMPLANTE SUBDERMICO DE 3 AÑOS. NO REFIERE ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMNETE INESTABLE, ASTENICA, ORIENTADA EN ESPACIO Y TIEMPO, AL MOMENTO COLABORA CON EL INTERROGATORIO. PACIENTE QUE REFIERE PRESENTAR MAREOS CONSTANTES, ADEMAS REFIERE "CUANDO COMO COSAS DULCES ME MAREO". AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON DELGADEZ MODERADA (APARIENCIA CAQUÉCTICA), CUMPLE CON FASCIE ANEMICA (PALIDEZ CUTÁNEA, LABIOS Y ENCIAS PÁLIDA Y PIEL SECA). ADEMÁS DE LO ANTES MENCIONADO REFIERE CEFALEA INTENSA. PACIENTE NIEGA INGESTA DE SUSTANCIAS. ACUDE POR REVISION DE IMPLANTE SUBDERMICO, NO SE ENCUENTRAN NOVEDADES AL RESPECTO. SE REALIZA REFERENCIA POR EMERGENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO PRESENTA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-16	14:05	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-10-16	14:05	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

