

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUADROS	GONZALES	FRANCISCO HOMERO	10	01	2009	16 años, 2 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351313711	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-562-3368 /
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	1351313711	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Medicina Interna	2025	03	31
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 ☐

ANEMIA
FERROPÉNICA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON HISTORIA DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN CON ANEMIA, CON HB DE 7 QUE LOGRAMOS MEJORARA HASTA 9 MG/DL, PACIENTE SE AUSENTÓ DE CITAS Y CONTROLES, LLEGA UN AÑO DESPUÉS CON HB HACE 15 DÍAS DE 6.70 Y ACTUALMENTE (HACE 3 DÍAS) DE 8 Y HTC 29.2, VCM DISMINUIDO HCM DISMINUIDO PALIDEZ GENERALIZADA 0985623368 SE ENVIA TTO Y SE DA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	D508		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-31	12:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-03-31	12:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	