

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAREN	MACIAS	LAYLA JARETSSI	14	09	2023	1 años, 0 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354262493	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 1 y X	096-840-9695 /
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	1354262493	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	07
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 1 AÑO DE EDAD, CELULAR 0968409695-0986940590 QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR CONTROL DEL NIÑO SANO, APP: ANEMIA CRONICA, ALERGIAS: NO REFIERE, ACUDE EN BRAZOS DE SU MADRE, REFIERE QUE HA PRESENTADO CUADROS DE ANEMIA SIN MEJORIA DEL MISMO CON VALORES DE 9.6, 9.4, 9.9 G/DL, SE HAN TRATADO CON HIERRO POLIMALTOSADO 15 GOTAS QD, REFIERE CUADRO CLINICO DE 12 DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINORREA, TOS PRODUCTIVA, AFEBRIL, NIEGA SINTOMAS DIGESTIVOS, NIEGA SINTOMAS NEUROLOGICOS. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA, TEST DE DENVER NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA 9.9 G/DL
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-07	15:18	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
2024-10-07	15:18	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	