

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHACAGUASAY	CEDEÑO	SOFIA LISBETH	01	12	2023	1 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354297705	MANABI	CHONE	CANUTO	OLLA VIEJA y X	098-839-6970 /
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	1354297705	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	26
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

LACTANTE MENOR DE 1 AÑO 3 MESES DE EDAD QUE ES TRAIDA POR SU MADRE A CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE QUE NO HA TENIDO SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA O URINARIA EN EL ULTIMO MES. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA Y ELECTIVA, AFEBRIL, CON MUCOSAS HIDRATADAS, EXAMEN FISICO NORMAL, PESO ELEVADO PARA LA EDAD Y TALLA NORMAL, PACIENTE CON OBESIDAD, SE ALIMENTA BIEN, DENVER NORMAL. EXAMEN FISICO PRESENTA A NIVEL DE ESPALDA, FLEXURA DEL CUELLO Y REGION INGUINAL ZONAS DE LA PIEL NO PIGMENTADAS CON ASPECTO DE MANCHAS BLANCAS POSTERIOR A CUADROS REPETIDOS DE ECCEMAS Y ERITEMAS EN LA PIEL, A SU VEZ PACIENTE PRESENTA VALORES DE HEMOGLOBINA EN SANGRE BAJOS A PESAR DE TTO CON HIERRO POLIMALTOSADO DESDE LOS 6 MESES DE EDAD. SE REQUIERE VALORACION POR PEDIATRIA AREA DE CONSULTA EXTERNA PARA MANEJO Y SEGUIMIENDO DE CUADRO CLINICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

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
2025-03-26	15:10	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-03-26	15:10	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

