

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVEIGA	MOREIRA	EITHAN STEFANO	17	12	2023	1 años, 7 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354308098	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN ANDRES y	099-488-1073 /
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	1354308098	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	15
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

M DE 1 AÑO 7 MESES DE EDAD. NACIDO POR PARTO VAGINAL A LAS 40 SEMANAS DE GESTACION. ACUDE CON SU MADRE POR CONTROL DEL NIÑO SANO. EN SEGUIMIENTO POR ANEMIA MODERADA AL MOMENTO TRAE HEMOGRAMA CON HEMOGLOBINA DE 9.2, NO SE EVIDENCIA AUMENTO DE HEMOGLOBINA PESE A TRATAMIENTO DESDE LOS 10 MESES. MADRE REFIERE HABER ADMINISTRADO HIERRO POLIMALTOSADO 3 ML DURANTE TRES MESES CONSECUTIVOS EN AYUNAS. ASINTOMATICO. SIN NOVEDAD AL EXAMEN FISICO. ANTROPOMETRIA SUGIERE TENDENCIA DE CREIMIENTO APROPIADO. DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL SIN SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL NI RIESGO SOCIAL + ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO DE ACUERDO A LA EDAD. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

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
2025-08-15	08:11	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-08-15	08:11	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	