

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AMERA	CEDEÑO	BRYAN MATEO	04	10	2024	0 años, 10 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354493882	MANABI	CHONE	CANUTO	SAN PABLO DE TARUGO y	099-575-3642 /
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	1354493882	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	06
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 MASCULINO DE 10 MESES DE EDAD RESIDENTE EN CHONE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE (JESSICA CEDEÑO). APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES PACIENTE ACTIVO, ELECTIVO, AFEBRIL A LA CONSULTA, PESO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE CURSA CON ANEMIA FERROPENICA , CLASIFICACION LEVE. EXAMENES REALIZADOS EN 03/08/25 REFLEJA ANEMIA MODERADA HGB 9.5. SE GENERA REFERENCIA A AREA DE PEDIATRIA POR CONSULTA EXTERNA PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO DE CUADRO ANTES DESCrito.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UROANALISIS: LEU 11.9, LINF% 48.7, NEU 44.9, HGB 9.5, HEMATIES 4,11M HTO 30%, VCM 73.1, PLAQ 368.

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
2025-08-06	10:06	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
2025-08-06	10:06	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

