

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARIN	CEDEÑO	NN NN	26	02	2025	0 años, 0 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354579086	MANABI	CHONE	RICAU RTE	VIA CHONE QUITO y	093-913-4965 /
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	1354579086	PAVON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	14
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 MASCULINO DE 16 DÍAS DE EDAD SIN APP:RELEVANTE, MADRE CON ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO NO CORREGIDA POR NO ADHERENCIA A TRATAMIENTO, ES TRAÍDO POR MADRE PARA CONTROL, PRESENTA BIOMETRIA HEMATICA DEL 27/02/2025 CON RESULTADO RELEVANTE: HEMATIES: 3020000 HEMOGLOBINA: 10.8 HEMATOCRITO:32.3 COMPATIBLE CON ANEMIA, MADRE REFIERE PRESENTAR ESTOS RESULTADOS A PEDIATRA Y LE INDICA CONTROL EN 1 MES POR ANEMIA NEONATAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMOGLOBINA: 10.8 HEMATOCRITO: 32.2 HEMATIES: 3020000

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-14	13:09	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	

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
2025-03-14	13:09	Medicina Rural	JAVIER ALEJANDRO BUENAVENTURA LOOR	1313606327	