

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BARBERAN	DILAN ISAIAS	31	03	2025	0 años, 4 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354599019	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	GALLARDO VIA CANUTO y	096-743-3387 /
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	1354599019	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2025	08	04
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 4 MESES QUE MADRE REFIERE QUE EN OCASIONES SE PRESENTA DE MANERA ESPORADICA LIGERO EDEMA EN CARA; CON ANTECEDENTES DE ANEMIA DESDE LOS 2 MESES DE EDAD CON HEMOGLOBINA 9.7, HEMATOCRITO 27.9 Y PLAQUETAS 596, ALTERACIÓN DE LA CREATININA, ADEMÁS AL NACIMIENTO PRESENTO PLAQUETAS ELEVADAS. AL MOMENTO AFEBRIL, NO EDEMA, CON LLENADO CAPILAR MAYOR 2 SEGUNDO, LIGERA PALIDEZ MUCOCUTANEA, CON LO ANTES DESCRITO SE SOLICITA VALORACIÓN POR HEMATOLOGÍA PEDIATRICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: GLOBULOS BLANCOS 13.31, LINFOCITOS 59, MONOCITOS 6.23, NEUTROFILOS 31.09, EOSINOFILOS 3.64, BASOFILOS 0.04, HEMATOCRITO 33.7, HEMOGLOBINA 11.5, PLAQUETAS 478, VCM 84.1, HCM 33.7 QUIMICA: GLUCOSA 105 mg/dl, UREA 15 mg/dl, CREATININA 0.4 mg/dl OTROS ANALISIS: RETICULOSITOS 1.8%, FROTIS DE SANGRE TAMAÑO NORMAL, COLOR HIPERCROMICOS, FORMA ESFEROCITOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	D649		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	22:37	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	 Firmado electrónicamente por: GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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