

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	EIDER ZAREK	10	04	2025	0 años, 10 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354605220	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO PUNTA Y FILO y XX	099-563-1047 /
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	1354605220	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	03	09
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

PACIENTE QUE NO SUBE DE TALLA DURANTE EL ULTIMO Y HA BAJADO DE PESO SE INFORMA SOBRE ENFERMEDAD POR ROTAVIRUS ACTUALMENTE ASINTOMÁTICA SINE MBARGO MAMA COMENTA QUE NO ESTPA COMIENDO ADECUADAMENTE TRAE LABORATORIO DEL MES PASADO CON HB 7.30 Y HTC 25.30 LLAMA LA ATENCIÓN METABOLISMO DE HIERRO EN CIFRAS NORMALES EL MES ANTERIOR, HIERRO SERICO 173.00 TRANSFERRINA 209 Y FERRITINA 270, ADEMÁS TRAE ECOGRAFÍA DE MASAS OCCIPITALES QUE IMPORTAN SOBRE MASA DE ASPECTO LIPOMATOSOS. 0995631047

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO 0995631047

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA REFRACTARIA, SIN OTRA ESPECIFICACION	D464		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-03-09	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	