

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FARIAS	AISHA EMILIANA	02	08	2019	5 años, 7 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351766247	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL y	099-708-6501 /
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	2351766247	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	11
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 FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: DESCONOCE. APQ: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA CON DIABETES MELLITUS. MADRE REFIERE QUE MENOR REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR FIEBRE MUY RECURRENTEMENTE. REFIERE DISMINUCION DEL APETITO. TRAE CONSIGO LABORATORIOS REALIZADOS EL 7 DE MARZO DEL 2025 EL CUAL INDICA TROMBOCITOSIS. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE ACTIVA, ELECTIVA, AFEBRIL A LA CONSULTA, PESO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD. ESQUEMA DE VACUNACION INCOMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HEMOGLOBINA // 12.2 // HEMATOCRITO 35.7 // VCM 80.0 // PLAQUETAS 623.000 // GLUCOSA 93 _// TGO 27 // TGP 11

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TROMBOCITOSIS ESENCIAL	D752	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	08:35	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-03-11	08:35	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

