

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	EITHAN NICOLAS	16	08	2023	2 años, 0 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0966748600	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUERTO ARTURO y	099-197-0836 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0966748600	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	09	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

- Limitada capacidad resolutive

☐
- Saturación capacidad instalada

☐
- Ausencia temporal del profesional

☐
- Otros/especifique:

☒
- Falta de profesional

☐
- BAJA TALLA Y BAJO PESO PARA EDAD.

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR MASCULINO DE 24 MESES DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE BIOLÓGICA A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO, SE REALIZA INTERROGATORIO INDIRECTO (A LA MAMÁ), AL MOMENTO TRANQUILO, ACITVO REACTIVO A. CON PESO Y TALLA A BAJA PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTRIZ ACORDE A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	E46X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	12:03	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	 Firmado electrónicamente por: LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ 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
2025-09-08	12:03	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

