

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LADINES	ZAMORA	SASHA ANTONELLA	06	10	2012	13 años, 0 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0850559832	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-899-4731 / (05)-222-2222
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	0850559832	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	10	08
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 ☐

PACIENTE CON DELGADEZ SEVEREA, AL EXAMEN FISICO RESEQUEDAD SEVERA EN LAS MANOS, MADRE REFIERE CONTROLES CON PEDIATRIA POR NO GANACIA DE PESO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 13 AÑOS ACUDE EN CONTROL CON SU MADRE QUIEN MENCIONA ANTECEDENTES AL POLVO, POLEN, ANTECEDENTES DE ROTURA TIMPANICA EN AMBOS OIDOS, HACE DOS AÑOS CRISIS DE ASMA, PACIENTE CON DELGADEZ SEVERA. ACUDE A CONTROL POR PRESENTAR CUADRO DE HACES VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RESEQUEDAD EN PIEL CON AGRIETAMIENTOS, EN AMBAS MANOS, MADRE MENCIONA QUE LAS MANOS SANGRA, SE ABRE LA PIEL. AL MOMENTO ACTIVA REACTIVA, AFEBRIL , COLABORA CON INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	12:37	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-10-08	12:37	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	