

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑA	ROMERO	CATTALEYA YOSMARA	06	12	2022	3 años, 4 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0966201220	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FFLORIDA y X	099-421-7375 / (00)-000-0000
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	0966201220	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	04	24
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 3 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE A CONTROL MÉDICO Y DE CRECIMIENTO, ACOMPAÑADA DE SU MADRE. SE OBSERVA EVIDENCIA DE TALLA BAJA PERSISTENTE. LA MADRE REFIERA QUE LA PACIENTE NACIO PREMATURA Y HA SIDO TRATADA ANTERIORMENTE CON SULFATO DE ZINC EN EL CENTRO DE SALUD, SIN MEJORÍA APARENTE. SE REMITE A PEDIATRÍA PARA MEJOR VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE UN ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON TALLA BAJA PERSISTENTE Y ANTECEDENTES DE NACIMIENTO PREMATURO. TRATAMIENTO PREVIO CON SULFATO DE ZINC SIN MEJORÍA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA	E440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-24	23:33	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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 clínico

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
2026-04-24	23:33	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	