

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	QUIJE	MAICOL ALFREDO	09	12	2014	10 años, 2 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351987902	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	093-928-0417 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convercional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1351987902	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2025	02
					12	
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 DE 10. CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE. ACUDE CON MADRE QUIEN NO REFIERE ACUDE POR CONTROL MEDICO, NIEGA SINTOMATOLOGÍA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MANCHAS DE COLOR BLANCO EN EXTREMIDADES SUPERIORES, MADRE REFIERE QUE PACIENTE PASA MUCHO TIEMPO EXPUESTO AL SOL, SE LE INDICA RECOMENDACIONES DE PROTECCION SOLAR. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, NINGUNA SINTOMATOLOGIA APARENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0984075117 // 0990907567

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	10:24	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	 Firmado electrónicamente por: JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☒

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:						
/						
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	10:24	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	