

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	ESPINOZA	JOHENIA ROSALIA	21	04	2015	10 años, 10 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352080145	MANABI	CHONE	CANUTO	COPETON y SITIO COPETON	096-903-3518 /
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	1352080145	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	19
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 10 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA ACOMPAÑADA DE SU MADRE PARA VALORACIÓN MÉDICA POR CUADRO DE BAJO PESO Y BAJA TALLA DE EVOLUCIÓN PROLONGADA, SIN CONTROLES MÉDICOS NI SEGUIMIENTO PREVIO. MADRE REFIERE DIFICULTAD PARA GANANCIA PONDERAL Y CRECIMIENTO ADECUADO ACORDE A LA EDAD. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, CONSCIENTE, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SINTOMATOLOGÍA AGUDA ASOCIADA. SE REALIZA ORIENTACIÓN NUTRICIONAL Y SE INICIA SUPLEMENTACIÓN, SIN EMBARGO, POR LA CRONICIDAD DEL CUADRO Y NECESIDAD DE VALORACIÓN INTEGRAL, SE DECIDE REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO, EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y MANEJO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

COMO ANTECEDENTE PATOLÓGICO RELEVANTE PRESENTA DISCAPACIDAD INTELECTUAL CON PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD DEL 81%. HEMOGLOBINA 12.1

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	16:05	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 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
2026-03-19	16:05	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

