

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	MUÑOZ	MAYBERLIN LIZDAY	23	11	2017	8 años, 0 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

0 98 010 5098

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352746638	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO LAS CUMBRES DOS y SN	000-000-0000 /
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	1352746638	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	11	28
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

NIÑA DE 8 AÑOS DE EDAD QUE SE PRESENTA CON UN RETRASO EN EL CRECIMIENTO, MOSTRANDO UNA TALLA Y PESO POR DEBAJO DE LOS PERCENTILES PARA SU EDAD Y SEXO, CON UNA CURVA DE CRECIMIENTO ESTANCADA EN LOS ÚLTIMOS MESES. AL EXAMEN FÍSICO, SE OBSERVA UN DESARROLLO FÍSICO QUE NO CORRESPONDE A SU EDAD, CON UNA EXCESIVA DELGADEZ Y UNA MENTE JOVEN EN RELACIÓN A SU TALLA. NO REFIEREN HISTORIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS O TRAUMAS IMPORTANTES, PERO EL NIÑO MUESTRA UNA FALTA DE APTITUD PARA CRECER ADECUADAMENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	15:40	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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