

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LAAZ	LAAZ	ERICK JESUS	05	04	2018	7 años, 5 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352837312	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA A CONVENTO y	099-732-8151 /
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	1352837312	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	09	11
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 MASCULINO DE 7 AÑOS Y 4 MESES DEDAD ACUDE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE MADRE OBTENIDO A LAS 27 SEMANAS DE GESTACION POR PARTO INGRESADO DOS MESES POR HIPOXIA AL MOMENTO CON BAJO PESO PRESENCIA DE ESTRABISMO EN OJO IZQUIERDO MADREREFIERE DIFICULTAD PARA EL APRENDIZAJE MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL MOMENTO PACIENTE EXAMEN FISICO CABEZA: NORMOCEFALO FASCIES PALIDEZ GENERALIZADA OJOS : PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS CUELLO NO SE PALPAN ADENOPATIAS TÓRAX: SIMETRICO CAJA TORAXICA SIN ALTERACIONES CsPs: VENTILADOS RsCs: RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN : BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS RSHS: NORMALES REGIÓN LUMBAR : CURVATURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL NORMALES EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO EDEMA SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON RETRASO MENTAL DESNUTRICION AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	16:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-09-11	16:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

