

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	NEXAR YSAAC	22	08	2018	7 años, 10 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352970048	MANABI	CHONE	CANUTO	CENTRO DE CANUTO y	099-513-5880 /
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	1352970048	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	16
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 9 MESES DE EDAD, QUIEN ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA Y SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, AFEBRIL Y SIN SIGNOS DE ALARMA. DURANTE LA VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA SE EVIDENCIA BAJA TALLA SEVERA PARA LA EDAD, SIN OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS RELEVANTES AL EXAMEN FÍSICO. EN VISTA DE LA ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO, SE CONSIDERA NECESARIA LA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA PARA ESTUDIO ETIOLÓGICO, EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE CRECIMIENTO, INTERPRETACIÓN DE LA EDAD ÓSEA Y DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS O MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS: ANTROPOMETRÍA COMPATIBLE CON BAJA TALLA SEVERA PARA LA EDAD, SIN OTROS HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES AL EXAMEN FÍSICO; EN ESTUDIO ETIOLÓGICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO	R620	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	14:55	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	 FIRMADO electrónicamente en FirmaBC. Firmado electrónicamente por: MABEL MARIA PALMA GARCIA

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
2026-07-16	14:55	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

