

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	ZAMBRANO	AUDRY MADELEINE	21	07	2019	5 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353185463	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE ROCAFUERTE y CALLE SALINAS Y SUCRE	097-947-0178 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1353185463	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición	2024	08	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐	Saturación capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐	Otros/especifique: ☐
Falta de profesional ☒	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA TRAIDA POR SU MADRE POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES QUE SE CARACTERIZA POR INAPETENCIA, BAJO CONSUMO DE ALIMENTOS Y SIN BUENA GANANCIA DE PESO. INDICA MADRE QUE SE LE DIFICULTA ALIMENTACION SOBRETODOS EN LAS MAÑANAS, POCO CONSUMO DE PROTEINAS. CEL: 0979470178.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA INGESTION ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ	F982		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-07	08:44	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

DR. AGUSTIN CARVAJAL Z.
MEDICO CIRUJANO
C.I.: 1315938504
REG. SNFSCYT: 1009 - 2023 - 2779553

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
2024-08-07	08:44	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	