

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RAMOS	MEDRANDA	JESUS NAIM	10	09	2020	4 años, 9 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353465535	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO TABLADA DE SANCHEZ y CIUDAD JARDIN	098-594-3383 /
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.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353465535	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2025	07	09
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

M4A9M. ACUDE CON SU MADRE POR CNS. APP: NR. APF: NR. APQX: NR. AA: NR. ANTROPOMETRIA SUGIERE TENDENCIA DE CRECIMIENTO NO APROPIADO (BAJA TALLA). DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL SIN SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL NI RIESGO SOCIAL + ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO DE ACUERDO A LA EDAD. MADRE MENCIONA POBRE APETITO, RECHAZO A LA COMIDA, FALTA DE RESPUESTA A TTO CONVENCIONAL DE BAJA TALLA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FALLO DE TTO CONVENCIONAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS CONCERNIENTES A LA ALIMENTACION Y A LA INGESTION DE LIQUIDOS	R638		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-09	11:12	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-07-09	11:12	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	