

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	MACIAS	DERECK IAN	19	02	2021	4 años, 10 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353570078	MANABI	CHONE	CANUTO	HUESO DE VACA y X	099-535-6616 /
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	1353570078	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	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 4 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA AGUDA. PACIENTE SE ENCUENTRA ACTIVO, ALERTA, AFEBRIL, COLABORADOR Y SIN SIGNOS DE ALARMA. DURANTE LA EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO SE EVIDENCIA TALLA BAJA PARA LA EDAD, CON REGISTROS PREVIOS EN CURVAS DE CRECIMIENTO OMS ENTRE -3 Y -2 DE MANERA PROLONGADA, PERSISTENTE EN VARIOS CONTROLES ANTERIORES. MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE HA RECIBIDO ÚNICAMENTE SUPLEMENTACIÓN CON ZNC, SIN SEGUIMIENTO NI VALORACIÓN POR PEDIATRÍA. EN ESTE CONTEXTO, Y DADA LA PERSISTENCIA DE ALTERACIÓN EN EL CRECIMIENTO ESTATURAL, SE CONSIDERA NECESARIA LA REFERENCIA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CURVAS DE CRECIMIENTO OMS ENTRE -3 Y -2 DE MANERA PROLONGADA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-16	11:05	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-01-16	11:05	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

