

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	ELIAM DAVID	31	12	2024	1 años, 4 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	ELDZAZ13202412312	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BEJUCO y	999-999-9999 /
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	ELDZAZ13202412312	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	28
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

LACTANTE MAYOR 1 AÑO 4 MESES DE EDAD ACUDE CON ACOMPAÑAMIENTO MATERNO AL ESTABLECIMIENTO PARA PRIMER CONTROL DEL NIÑO SANO EN EL ESTABLECIMIENTO *** ANTECEDENTES DE ANEMIA **** PACIENTE SIN CEDULA DE IDENTIDAD, DEBIDO A QUE MADRE ES MENOR DE EDAD Y SU MADRE DEBE FIRMAR LA RESPECTIVA DOCUMENTACION PARA REGISTRAR AL NIÑO **** MADRE MENCIONA QUE EL DIA DE AYER ACUDIO CON PACIENTE POR EL AREA DE EMERGENCIA DEBIDO A CUADRO FEBRIL DE 1 DIA DE EVOLUCION SIN PRESENCIA DE RINORREA O TOS PRODUCTIVA. MENCIONA DEPOSICIONES COLORACION AMARILLENTA SIN PRESENCIA DE MOCO O SANGRE **** MADRE COMENTA QUE ESTABA REALIZANDOSE CONTROLES EN LA BRAMADORA POR EL CARMEN *** MADRE REFIERE QUE INTENTA INTRODUCIR ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADICIONAL A LA SUPLEMENTO EN POLVO, QUE HA TENIDO PROBLEMAS DE ALIMENTACION POR RECHAZO A LOS MISMO DESDE QUE LOS 6 MESES. NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALIMENTICIAS. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, REACTIVO, ACTIVO, COLABORADOR, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. HITOS DEL DESARROLLO ACORDES A LA EDAD. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Recuento de Glóbulos Rojos 5.06 10⁶/μL 5 - 6.5 Hemoglobina 8.2 g/dL 14.5 - 18.5 Hematocrito 30.5 % 45 - 55 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 60.3 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 16.2 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 26.9 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 18.4 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 37.6 μm³ Plaquetas 336 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.26 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 7.6 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 8.3 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) 29 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 8.5 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 7.12 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 24.5 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 58.2 % 55 - 65 Monocitos (%) 14.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.6 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.3 % 0 - 2 Linfocitos (#) 1.74 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 4.14 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 1.03 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.19 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.02 10³/μL 0 - 0.2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	E441		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	08:16	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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 clínico

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
2026-05-28	08:16	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	