

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	GUADAMUD	RASHELL SARAHI	23	07	2021	3 años, 2 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353679358	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-467-7951 /
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	1353679358	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	09	26
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	☐	RETRASO DE CRECIMIENTO CRONICO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 3 AÑOS EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL. SE REFIERE DE RETRASO EN DESARROLLO DE LENGUAJE VALVUCEA PALABRAS, NO DICE FRASES CONJUDAS. SOCIAL Y MORTOR NORMALES. PACIENTE EN SEGUIMIENTO CON PEDIATRIA EN HOOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA POR RETRASO DEL CRECIMIENTO QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO, SE SOLICITA VALORACION CON NUTRICION PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL EN DIETA // PESO 10.7(-2.3 DE) TALLA 85.7 (-2.77 DE) NUMERO TELEFONICO 0994677951 // 0967364717

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RETRASO DE CRECIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-26	21:46	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2024-09-26	21:46	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

