

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	INTRIAGO	KAEL RAMON	21	10	2021	3 años, 8 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	1353743709	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO PLATANALES y	099-976-9618 / (09)-999-4104
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353743709	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	18
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 PEDIÁTRICO DE 3 AÑOS 8 MESES DE EDAD, ACUDE A SU CONTROL DE NIÑO SANO JUNTO A SU MADRE. SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, MADRE NIEGA FIEBRE, NÁUSEA, VÓMITO, MALESTAR GENERAL, FALTA DE APETITO, DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS. EXAMEN FÍSICO NORMAL. SE ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD, BUENA TOLERANCIA, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): ACORDE A LA EDAD. DUERME BIEN. VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD (NO TRAE CARNET). DATOS ANTROPOMÉTRICOS: GANANCIA DE PESO ACORDE A LA EDAD, TALLA BAJA PARA LA EDAD, PERSISTENTE, SE ENVÍA A PEDIATRÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BAJA TALLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICOALORICA	E45X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	13:10	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-07-18	13:10	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	