

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANDER	ZAMBRANO	SAMARA ITZEL	10	02	2022	3 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353817065	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO HACHA y SN	099-952-8549 /
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	1353817065	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	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 PEDIATRICO FEMENINA DE 3 AÑOS 5 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU MADRE.MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, HEMODINAMICAMNTE ESTABLE , ACTIVO, ELECTIVO, REACTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER NORMAL. CURVAS DE CRECIMIENTO: BAJA TALLA + PESO NORMAL/SEGUIMIENTO. MADRE REFIERE QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR BAJA TALLA MAS DE 6 MESES Y NO VE MEJORIA ALGUNA POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA SU SEGUIMIENTO. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPA VENTILADO RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. SE SUBE NUEVAMENTE LA ATENCION POR INTERMITENCIA AL PRASS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	09:17	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-07-16	09:17	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

