

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	HERRERA	KEIDY ALAIA	13	06	2022	2 años, 5 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353899873	MANABI	CHONE	SANTA RITA	14 DE AGOSTO y SN	097-945-8243 /
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	1353899873	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 2 A DE EDAD ACUDE A CONTROL DE NIÑO SANO EN COMPAÑIA DE TIA MATERNA, AP: NR, AF: NO REFIERE. AL MOMENTO TIA REFIERE QUE ESTA PREOCUPADA POR TALLA Y PESO DE LA NIÑA EL CUAL NO ES ACORDE PARA LA EDAD (TALLA -3.56) (PESO -2.77). ACOTA TAMBIEN QUE LA NIÑA TUVO UN CUADRO RESPIRATORIO MOTIVO POR EL CUAL ACUDIO POR ER APROX 2 SEMANAS. AL MOEMTNO NIÑA PRESENTA TOS ESPORRADICA LA CUAL HA IDO MEJORADNO SEGUN REFIERE TIA. VACUNAS: COMPLETAS, ALIMENTACION: ALIMNTOS SOOLIDOS, TIA MANFIESTA QUE LA NIÑA TIENE PROBLEMAS A LA HORA DE COMER Y COME POCO, CURVAS DE CRECIMIENTO: TALLA Y PESO POR DEBAJO DE VN. DEPOSICIONES Y DIURESIS: NORMALES, TEST DE DENVER : NORMAL. AL EXAMEN FISICO: FARINGE NO ERITEMATOSA, NO EXUDADOS, CSPS: BIEN VENITALDOS, RSCS: RITMICOS NO SOPLOS, NO SE ENCUTNRAN LESIONES EN PIEL.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DESTACA (TALLA -3.56) (PESO -2.77),
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-06	09:20	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-06	09:20	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

