

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	ARGUELLO	DANNA SARAHI	28	06	2022	2 años, 3 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353910100	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RIO GRANDE y NN	096-938-1595 /
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	1353910100	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	10	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 2A ACUDE A CITA MEDICA POR MOTIVO DE BAJA TALLA SEVERA DE LARGA DATA. AP: HERMANO FALLECIDO POR RABDOMIOSARCOMA. AL MOMENTO MIDE 77.5 CM (SZ -3.32). MADRE REFIERE QUE SIEMPRE HA TENIDO ESE PROBLEMA Y YA HA LLEVADO CONTROLES EN PEDIATRIA PERO PERDIO REFERENCIA, YA HABIA SIDO TRATADA CON ZINC Y HIERRO. DEPOSICIONES Y DIURESIS NORMALES. AL EXAMEN FISICO: ADEMAS DE TALLA BAJA NO SE ENCUENTRAN SIGNOS DE PATOLOGIA SUBYACENTE. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. ALIMENTACION: MADRE MANIFIESTA QUE A LA NIÑA NO LE GUSTA COMER PROTEINAS PERO ELLA SE LAS LICUA PARA QUE COMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA BAJA TALLA SEVERA DE LARGA DATA PESE A TRATAMIENTOS PREVIOS. AL MOMENTO MIDE 77.5 CM (SZ -3.32).

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-26	09:06	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
2024-10-26	09:06	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	