

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	CASTRO	JOSE ANGEL	05	07	2022	2 años, 4 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353915117	MANABI	CHONE	CANUTO	LA CHORRERA MEDIA y X	099-359-2280 /
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	1353915117	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	11	25
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 MASCULINO DE 2 AÑO 4 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA CON HIPERTENSION, ABUELOS PATERNOS DIABETICOS. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE ACTIVO, ELECTIVO, AFEBRIL A LA CONSULTA. BAJO PESO Y BAJA TALLA PARA LA EDAD EN CONTROLES SUBSECUENTES, PROBLEMATICA PERSISTENTE A PESAR DE TRATAMIENTO CON ZINC. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL. NO SIGNOS DE ALARMA. ANEMIA DESDE HACE DOS CONSULTAS SE SOLICITA NUEVO EXAMEN DE CONTROL DE HEMOGLOBINA PARA LA SIGUIENTE CONSULTA. SE CITA A CONTROL. SE SOLICITA VALORACION POR PEDIATRIA POR BAJO PESO Y BAJA TALLA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMOGLOBINA: 9.7 HTO:30.1

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	E46X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-25	03:29	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2024-11-25	03:29	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	