

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	MOREIRA	ISAI SALVADOR	27	07	2022	2 años, 6 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353930744	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y X	098-384-3534 /
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	1353930744	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	11
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

SE REALIZA VISITA MEDICA A CENTRO CNH CASA GRANDE , LLEGA A LA ATENCION EN BRAZOS DE SU SEÑORA MADRE PACIENTE PREESCOLAR DE 2 AÑOS 7 MESES DE EDAD. APP NO REFIERE, APF NO REFIERE. EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALICA, CUELLO SIN ADENOPATIAS , TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIOFONETICOS CONSERVADOS , EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS . GENITALES EXTERNOS NORMALES . MADRE NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA DIGESTIVA Y URINARIA EN EL ULTIMO MES. TALLA Y PESO BAJO PARA LA EDAD. MADRE REFIERE QUE LE HA ESTADO ADMINISTRANDO SULFATO DE ZINC POR TRES MESES PERO A PESAR DE ELLO LA TALLA PERMANECE BAJA EN RELACION CON LA EDAD. SE SOLICITA REFERENCIA MEDICA A AREA DE PEDIATRIA PARA VALORACION DE MENOR POR SU DESNUTRICION PROTEICOCALORICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	22:53	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-02-11	22:53	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

