

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	MOREIRA	ISAI SALVADOR	27	07	2022	2 años, 11 meses, 14 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	099-335-5849 /
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	07	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

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS 11 MESES DE EDAD. RESIDENTE DE CASA GRANDE. ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. AL MOMENTO MADRE NIEGA ALGUN TIPO DE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA. AL MOMENTO SE EVIDENCIA BAJA TALLA PARA EDAD Y BAJO PESO PARA EDAD DE LARGA EVOLUCION, PACIENTE YA HA TENIDO TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC PERO SIN EMBARGO NO HAY ELEVACION DE LA TENDENCIA. DEBIDO A CRONICIDAD DE CUADRO SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA. PACIENTE ACTIVO, ELECTIVO, AFEBRIL A LA CONSULTA. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. DENVER NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA. AL MOMENTO MADRE REFIERE NO TRAER LIS PORQUE SE LE PERDIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-11	15:35	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

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
2025-07-11	15:35	Medicina Rural	JEAN PIERRE MACIAS CAICEDO	1313606673	

