

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	RIVADENEIRA	MARIA IGNACIA	05	12	2022	2 años, 3 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354022079	MANABI	CHONE	SANTA RITA	POTRERILLO y NN	096-375-8628 /
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	1354022079	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	27
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 PEDIÁTRICO DE 2 AÑOS 3 MESES DE EDAD, ACUDE A SU CONTROL DE DCI JUNTO A SU MADRE. REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO EN EPIGASTRIO, SIN IRRADIACIÓN Y VOMITOS A REPETICION, MADRE REFIERE INTOLERANTE A LA LACTOSA. AL MOMENTO MALESTAR GENERAL Y FALTA DE APETITO. PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR DCI (BAJA TALLA Y BAJO PESO) A PESAR DE ESTAR EN TRATAMIENTO NO HAY MEJORA EN CURVAS DE CRECIMIENTO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA. SE ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD Y LACTANCIA MATERNA, MALA TOLERANCIA POR PROCESO DE ENFERMEDAD. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): ACORDE A LA EDAD. DUERME BIEN. VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD.AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DESHIDRATAACION. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	11:06	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-03-27	11:06	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

