

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	KEILA YUMALAI	19	12	2022	1 años, 11 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354031393	MANABI	CHONE	RICAURTE	GARRAPATA y	096-993-5972 / (99)-999-9999
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	1354031393	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	11	21
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 DE SEXO FEMENINO DE 1 AÑO Y 10 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE TALLA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA, NO SÍNDROMES FEBRILES NI EXANTEMÁTICOS. SE EVIDENCIA TALLA BAJA SEVERA, PACIENTE ACTIVA, REACTIVA AL MANEJO, RESTO DE EXAMEN FISICO SIN PATOLOGIA APARENTE. CONTACTO: 0969935972. YA HA TENIDO TRATAMIENTO CON RAQUIFEROL 2000 UI CADA SEMANA POR 4 SEMANA Y TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC POR VARIOS MESES SIN RESULTADO. MADRE REFIERE BUENA ALIMENTACIÓN, VARIADA Y BALANCEADA. AL MOMENTO PRESENTA CRECIMIENTO DE 1.5 CM SIN EMBARGO PERSISTE TALLA BAJA PLAN: MEDIDAS GENERALES, 2. HIDRATACION, 3. EXAMENES DE LABORATORIO (PACIENTE REFIERE ESCASOS RECURSOS POR LO QUE IMPOSIBILITA REALIZARSE LOS EXAMENES) VALORAR TSH, T3. 4. REFERENCIA PEDIATRÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO	M892		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	08:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-11-21	08:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

