

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	SEBASTIAN ANTONIO	03	01	2023	2 años, 7 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354042358	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EGDY MARIA y	099-992-1788 / (99)-999-9999
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	1354042358	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	08	12
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

M 2A7M. NACIDO POR CESAREA A LAS 36 SG. ACUDE CON SU MADRE POR CNS. AL ITNERROGATORIO MENCIONA DISTENSION ABDOMINAL POSTERIOR A TODAS LAS COMIDAS, QUE NO MEJORA ANTE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DE SUSPENCIÓN DE LACTEOS Y OTROS CARBOHIDRATOS. AL EX. FISICO DESTACA LESION EN PIEL CONFINADA EN ZONA PERIBUCAL Y GENITAL DE 48H DE EVOL. CARACTERIZADO TAMAÑO <5MM, REDONDAS, ELEVADAS, ROJIZAS, SIN CAMBIO DE COLORACION, TEXTURA DURA RUGOSA, AGRUPADAS, PRURIGINOSAS, QUE CAUSAN DOLOR A LA PALPACION, SIN DRENAJE O SECRECIONES. ANTROPOMETRIA SUGIERE TENDENCIA DE CRECIMIENTO APROPIADO. DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL SIN SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL NI RIESGO SOCIAL + ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO DE ACUERDO A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALABSORCION DEBIDA A INTOLERANCIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	K904	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-12	11:04	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-08-12	11:04	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

