

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	ZAMBRANO	DEIVY JOSUE	11	02	2023	2 años, 0 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354072553	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO MEJIA y	099-596-9915 / 096-397-0435
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	1354072553	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2025	03	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad	☒	Saturación capacidad	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PRESCOLAR MASCULINO DE 2 AÑOS 27 DÍAS DE EDAD CON PESO Y TALLA BAJO PARA LA EDAD CON FRACASO DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC DE MAS DE UN AÑO, REQUIERE SEGUIMIENTO CON PEDIATRIA. CONTROL DE SALUD CNH. VALORACIÓN DE HB: 10 G/DL ANEMIA LEVE. ASINTOMÁTICO, AFEBRIL, ACTIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, FRACASO DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC DE MAS DE 1 AÑO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	15:46	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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