

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	COX	IKER ALEXANDER	14	04	2023	1 años, 9 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354116285	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA ELOY ALFARO y	099-278-9549 /
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	1354116285	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	01	29
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

S:PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 9 MESES DE EDAD SIN ANTECEDENTES PRE-TRANS-POSTNATALES DE IMPORTANCIA, ES TRAÍDO POR SU MADRE A CONTROL MÉDICO POR BAJA TALLA , AL MOMENTO SINTOMÁTICO, NIEGA SIGNOSINTOMATOLOGÍA DE ALARMA. O: SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES PARA LA EDAD, ANTROPOMETRÍA: BAJA TALLA Y MICROCEFALIA. VIGENTE MEGADOSIS DE VITAMINA A (PROXIMA 22/04/2025) , CULMINA TRATAMIENTO DE SULFATO ZINC POR TRES MESES , AUN ASI SE MANTIENE CON BAJA TALLA Y MICROCEFALIA. SE SOLICITA REFERENCIA CON PEDIATRIA PARA MEJOR VALORACION Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	E46X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	09:37	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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 clínico

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
2025-01-29	09:37	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	