

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	CHAVARRIA	HARY PAULETH	15	04	2023	1 años, 9 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354116509	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA EDDY MARIA y SN	097-946-7242 /
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	1354116509	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición	2025	01	31
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 1 AÑO 9 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO MADRE QUIEN REFIERE NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD EN ÚLTIMOS DÍAS. ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO/ SEGUIMIENTO Y TALLA NORMAL PARA LA EDAD, SU DESARROLLO PSICOMOTOR ES ADECUADO. MADRE REFIERE QUE LA PACIENTE TUVO CONTROL CON NUTRICIÓN HACE UN AÑO. ACUDE CON LABORATORIOS DEL 23 QUE REPORTAN: GB 11.9, HTO: 35.8, LEUCOCITOS 6930 / HECES PARÁSITOS AMEBA HISTOLITICA ++ Y GIARDIA LAMBLIA ++ MADRE REFIERE MEDICARLE METRONIZAZOL Y NITAZOXAMIDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NÚMERO DE TELÉFONO: 0979467242 / 0997792330

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	E669	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-31	10:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-01-31	10:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	