

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| INTRIAGO         | CACIQUE          | KEVIN YAIR | 13                  | 07  | 2023 | 2 años, 11 meses, 2 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354188490        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CHATA y X                    | 099-431-9188 /      |
| 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                 | 1354188490      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2026  | 06  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD, VISITADO EN EL CENTRO CNH CARITAS ALEGRE, COMUNIDAD CHATA, ACOMPAÑADO DE SU REPRESENTANTE. SE REALIZÓ CONTROL DE NIÑO SANO. LA MADRE NIEGA SÍNTOMAS RECIENTES. AL MOMENTO, EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, ACTIVO, REACTIVO, COLABORADOR, CON BUENAS CONDICIONES HIGIÉNICAS Y SIN SIGNOS DE ALARMA. SEGÚN EL CUADRO DE LONGITUD/ESTATURA PARA LA EDAD, SE OBSERVA QUE LA TALLA SE MANTIENE POR DEBAJO DEL PERCENTIL -2, INDICANDO CRECIMIENTO POR DEBAJO DEL ESPERADO PARA SU EDAD. SE RECOMIENDA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN COMPLETA DEL CRECIMIENTO, MONITOREO DEL DESARROLLO, DETECTAR POSIBLES CAUSAS DE RETRASO Y PLANIFICAR SEGUIMIENTO ADECUADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVA QUE LA TALLA SE MANTIENE POR DEBAJO DEL PERCENTIL -2, INDICANDO CRECIMIENTO POR DEBAJO DEL ESPERADO PARA SU EDAD.

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|
| DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA | E440   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                              |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-06-15 | 16:18 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |  Validar únicamente en FirmaBC.<br>Firmado electrónicamente por:<br>MABEL MARIA PALMA<br>GARCIA |

## 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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-06-15 | 16:18 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |       |