

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	Nutrición		2026	06	15
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

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 NUTRICIÓN PARA EVALUACIÓN DETALLADA DEL ESTADO NUTRICIONAL, DIETA, PLAN DE INTERVENCIÓN ALIMENTARIA Y SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO.

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. Firmado electrónicamente por: MABEL MARIA PALMA 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 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
2026-06-15	16:18	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	