

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MACIAS	LOURDES DEL CARMEN	24	07	2023	1 años, 1 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354195099	MANABI	CHONE	CONVENTO	LA NUEVA UNION y	098-678-0859 /
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	1354195099	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	09	20
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 FEMENINO DE 1 AÑOS 1 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL MEDICO EN COMPAÑIA DE SU PADRE . AL MOMENTO CON BAJO PESO BAJA TALLA MICROCEFALIA CON DISMINUCION DE LA GUDEZA VISUAL EN ESTUDO POR OFTOLMOLOGO PARTICULAR SE ENVIARON A REALIZAR ESTUDIOS PERO NO PUDO COMPLETAR POR BAJOS RECURSOS AFEBRIL, COLABORADOR, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER RETRASO EN DESARROLLO PSICOMOTOR , HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL: BAJO PESO Y BAJA TALLA . EXAMEN FÍSICO MICROCEFALIA , MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. MEDIDAS GENERALES, ASESORÍA EN NUTRICIÓN, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DESNUTRICION SEVERA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-20	10:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2024-09-20	10:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

