

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	BARCIA	WILTER GAEL	27	07	2023	1 años, 7 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354198580	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO BEJUCO y X	098-907-2952 / (99)-999-9999
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	1354198580	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	21
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 PEDIÁTRICO DE 1 AÑO 7 MESES DE EDAD, ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD, APF: HERMANA CON DCI Y ANEMIA. ACUDE A SU CONTROL DE NIÑO SANO JUNTO A SU MADRE. SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, MADRE NIEGA FIEBRE, NÁUSEA, VÓMITO, MALESTAR GENERAL, FALTA DE APETITO, DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS. EXAMEN FÍSICO HEPATOMEGALIA, ABDOMEN GLOBOSO. SE ALIMENTA MEDIANTE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, BUENA TOLERANCIA, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): ACORDE A LA EDAD. DUERME BIEN. VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD (TRAE CARNET). DATOS ANTROPOMÉTRICOS: GANANCIA DE PESO Y TALLA BAJA PARA LA EDAD. SE REALIZA TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA EN CONSULTORIO, CON RESULTADO DE 11.2 G/DL, SE CATALOGA COMO NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DCI SEVERO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICOALORICA	E45X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	08:24	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-03-21	08:24	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

