

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BONOSO           | ANZULES          | OMER DEMIR | 08                  | 08  | 2023 | 2 años, 3 meses, 27 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354206813        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CHEQUELANDIA y               | 099-091-5659 /       |
| 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                 | 1354206813      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2025  | 12  | 05  |
| 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

SE REALIZA CONTROL MEDICO EN CDI, PESO ADECUADO, TALLA BAJA PARA LA EDAD, HITOS DEL DESARROLLO ACORDE A LA EDAD, REALIZA MICCIÓN Y DEPOSICIÓN CON NORMALIDAD, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, A FEBRIL, ACTIVO, REACTIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

|            |       |                  |                         |            |       |
|------------|-------|------------------|-------------------------|------------|-------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
| 2025-12-05 | 14:25 | Medicina General | JULIO CESAR GARCIA OLEA | 1310810385 |       |

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 |
|       |      |              |                        |        |       |