

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	BRAVO	KYLIAN JAMPIER	17	08	2023	2 años, 7 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354213868	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RICAU RTE y	096-790-7585 / (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	1354213868	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	01
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

PREESCOLAR MASCULINO DE 2 AÑOS 7 MESES DE EDAD CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA (BAJO PESO Y BAJA TALLA), ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO TRAÍDO POR SU MADRE QUIEN INDICA QUE HA ESTADO HACIENDO CONTROLES REGulares EN EL TIPO C, SIN EMBARGO, PERDIÓ LOS CONTROLES, YA QUE LE PIDIERON SACAR NUEVAMENTE TURNO. EN CURVAS DE PESO Y TALLA PARA LA EDAD SEGÚN LA OMS SE OBSERVA DESVIACIÓN ESTÁNDAR -2D; MADRE MENCIONA QUE DEBIDO A LA ETAPA INVERNAL NO SE HA PODIDO ACERCAR A REALIZAR LOS CONTROLES DE PESO Y TALLA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRÍA REALIZADA EN NOVIEMBRE 18 QUE MUESTRA HB. 9.9 MG/DL VCM 76.1 FL HCM 23.2 PG COMPATIBLE CON ANEMIA MICROCÍTICA HIPOCRÓMICA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-01	23:23	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-04-01	23:23	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	