

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CONSTANTINE	ULLOA	ALAI A ISRAELA	17	08	2023	2 años, 7 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354214650	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	099-865-9457 / (99)-999-9999
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	1354214650	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2026	03	18
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

PRESCOLAR, QUE ES TRAÍDA POR SU MADRE PARA CONTROL Y REVISION DE EXAMENS DE LABORATORIO, JUNTO A SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE SU HIJA TIENE UNA ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS, BUEN CICLO DE SUEÑO, EL DESARROLLO PSICOMOTOR ES ADECUADO, ESTA ACTIVA, REACTIVA, NO PRESENTA DATOS DE VIOLENCIA, BUEN ASPECTO GENERAL, TRAE BIOMETRIA QUE SE REPORTAN EN INTEN CORRESPONDIENTE, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS ROJOS: 4.10 HEMOGLOBINA:10.9 HEMATOCRITO:36.0 LEUCOCITOS: 15 NEUTROFILO:42.15 LINFOCITOS:8.82 PLT:439 GLUCOSA: 81.07 TSH: 1.19

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-18	13:21	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