

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | ALAYA SOFIA | 09                  | 07  | 2023 | 2 años, 1 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354214882        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL BEJUCO y                  | 098-024-9979 /       |
| 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                 | 1354214882      | 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  | 08  | 13  |
| 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 ATIENDE PACIENTE POR SEGUIMIENTO DCI. PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, PERSONA Y ESPACIO.SE ATIENDE PACIENTE CON BAJA TALLA PARA LA EDAD, MANTIENE BAJA TALLA PARA LA EDAD DURANTE LOS ULTIMOS CONTROLES. PACIENTE CON TENDENCIA INAPROPIADA DE CRECIMIENTO, CON TENDENCIA A MANTENER TALLA POR DEBAJO DE LA CURVA NORMAL DE CRECIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-13 | 08:17 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-13 | 08:17 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |