

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GILER	ELIAN GAEL	31	08	2023	2 años, 1 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354225425	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	DIEGO DE ROBLES y MANUEL RENDON	096-719-3571 /
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	1354225425	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	22
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

BAJA TALLA Y BAJO PESO SEVERO-EMANCIADO-MICROCEFALIA

3. Resumen del cuadro clinico

PEDIATRICO DE 2 AÑOS UN ACUDE A CONTROL DE NIÑO SANO EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN DIRIGE EL INTERROGATORIO, REFIERE ALIMENTACION VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL Y LACTANCIA ARTIFICIAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMAL, TALLA BAJA SEVERA Y BAJO PESO SEVERO PESO PARA LA EDAD, NEURODESARROLLO DUDOSO (NO CAMINA SOLO AUN, RECIEN EMPIEZA A DECIR MAMA- PAPA), DENVER DUDOSO, MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS DIAS, ES QUEMA DE VACUNACION ACORDE ESQUEMA -- NUMERO DE CONTACTO 0967143579

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA, NO ESPECIFICADA	E46X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-22	08:50	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-10-22	08:50	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

