

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GUADAMUD	MAYKEL STEVEN	06	09	2023	1 años, 5 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354231241	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO CUCUY y	099-508-9269 /
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	1354231241	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	25
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

PACIENTE LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO Y 5 MESES CON DCI ES VISITADO A SU DOMICILIO PARA CONTROL DE ENFERMEDAD DE BASE JUNTO A NUTRICIONISTA DISTRITAL. SE REALIZA VALORACIÓN DE PESO Y TALLA ENCONTRANDOSE BAJA TALLA PARA LA EDAD. AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE HABER COMPLETADO 3 FRASCOS DE SULFATO DE ZINC. DURANTE LA MEDICIÓN DE LA TALLA EL PACIENTE PRESENTÓ UN EPISODIO DE LLANTO FUERTE, POSTERIOR SILENCIO SEGUIDO DE UN ESTADO DE DESVANECIMIENTO TOTAL, LO QUE LA MADRE REFIERE SE HA VENIDO PRESENTADO DESDE VARIOS MESES ATRÁS Y LO SOLUCIONA CON AGUA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO/REACTIVO DURANTE LA VALORACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HB: 9.1

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	23:02	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-02-25	23:02	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	