

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	VELEZ	AITHANA NARCISA	19	10	2023	1 años, 0 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354266494	MANABI	CHONE	CANUTO	LAS CRUCES y X	098-427-1706 /
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	1354266494	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	26
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 PEDIATRICA DE 1 AÑO DE EDAD, TEF: 0998710451, RESIDENTE DEL SITIO ESCALERA DE LA PARROQUIA CANUTO, ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA EN BRAZOS DE SU MADRE POR CONTROL DEL NIÑO SANO, APP: NO REFIERE, MADRE REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, NIEGA FIEBRE, NIEGA SIGNOS DE ALARMA. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVO, PESO Y TALLA BAJA DCI, DESDE SU NACIMIENTO HASTA EL AÑO HA PRESENTADO BAJA TALLA Y PESO AUNQUE SE ADMINISTREN MICRONUTRIENTES. SE REALIZA REFERENCIA CON ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 10.3

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-25	20:29	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-25	20:29	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	