

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	CASTRO	BRIGITTE MONSERRATE	15	09	2023	2 años, 10 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354278622	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MARIO LOOR y	099-787-8723 /
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	1354278622	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	30
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

LACTANTE MAYOR DE 2 AÑOS 10 MESES , TRAÍDA POR SU ABUELA, PARA CONTROL DECRECIMIENTO Y DESARROLLO. REFIERE QUE MADRE VIVE EN GUAYAQUIL Y QUE ACTUALMENTE ELLA COMO ABUELA TIENE SU POTESAD, ESTÀ ESTUDIANDO EN UNIDAD EDUCATIVA MANUEL ACOSTA MERO DE ESTA COMUNIDAD ÑAUSE. SE EVIDENCIA BAJO PESO PARA LA EDAD, CON TENDENCIA DE CRECIMIENTO ESTANCADA Y MANTENIDA EN SU CURVA. ACTUALMENTE CON POCA GANANCIA DE PESO DESDE LOS ULTIMOS CONTROLES A INICIOS DEL AÑO. SEGUN HISTORIAL, ANTECEDENTE DE ANEMIA DESDE LOS 6 MESES DE EDAD, ACTUALMENTE HB 9.5 MG/DL VALORADO EN HEMOCUE DE LA UNIDAD. REPRESENTANTE REFIERE POCO APETITO E INGESTA ALIMENTARIA DISMINUIDA. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, HIDRATADO, SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS APARENTES . TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	13:49	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-07-30	13:49	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

