

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	LOPEZ	SAILY SOFIA	02	12	2023	1 años, 2 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354298471	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NN y NN	096-345-5476 /
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	1354298471	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Pediatría	2025	02 04
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ACUDE A CONSULTA PACIENTE DE 1 AÑO 2 MESES DE EDAD EN BRAZOS DE SU MADRE. AL MOMENTO MADRE DE LA PACIENTE REFIERE QUE SE ENCUENTRA ASINTOMATICO, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA SINTOMAS URINARIOS. SE OBSERVA BUENA HIGIENE Y ASEO. SE ALIMENTA MEDIANTE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, TALLA BAJA Y PESO ACORDE LA EDAD, ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON TALLA BAJA SEVERA DESDE EL NACIMIENTO, EN CONTROL CONSTANTE CON PEDIATRÍA
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	11:21	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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