

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEÑARRIETA	FRANCO	JOSE MIGUEL	03	12	2023	1 años, 11 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354298562	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA JEREMIAS VELASQUEZ y	099-241-0328 /
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	1354298562	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	12
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 MASCULINO DE 1A 10 M DE EDAD, AP: DCI (NO HA TENIDO CONTROL CON PED EN + DE 1 A) , AF: NR, QX: NR. ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE, LA CUAL AL MOMENTO NO REFIEREN SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA. CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: TALLA BAJA SEVERA**. ALIMENTACION:ALIMENTOS SOLIDOS, MADRE REFIERE BUEN APETITO. ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO. DEPOSICIONES Y DIURESIS: NORMALES. TEST DE DENVER: NORMAL. AL EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, BOCA: SIN LESIONES, PALADAR INDEMNE AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS. NO EXUDADOS, CUELLO: NO ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, CSPA: BIEN VENITLADOS, RSCS: RITMICOS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS, GENITALES: TESTICULOS DESCENDIDOS, FIMOSIS FISIOLOGICA, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. EX NEUROLOGICO: NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DCI

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	14:16	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-11-12	14:16	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

