

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELIZ	IKER EDUARDO	12	12	2023	1 años, 2 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	1354304881	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO SAN ANDRES y MOSQUITO	098-949-4315 /
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	1354304881	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición Clínica		2025	02	21
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 1 AÑO 1 MES MESES DE EDAD, ANTECEDENTES PERINATALES: NACIO DE 35 SG PREMATURO, SIN COMPLICACION ALGUNA. ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE. ALIMENTACION: LACTANCIA MATERNA + A. COMPLEMENTARIA. DE ACUERDO A LAS CURVAS DE CRECIMIENTO REPORTA TALLA NORMAL Y BAJO PESO EMACIADO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A NUTRICION. MADRE REFIERE QUE SE MANTIENE EN TRATAMIENTO CON ZINC 2.5ML. AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ALZA TERMICA 38.7° Y RINORREA HIALINA. PACIENTE RECUPARADO DE DCI, REFIERE QUE NO TIENE APETITO, SE BRINDA CHARLA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SALUDABLE. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HG 8.2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	E441	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-21	14:34	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-02-21	14:34	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

