

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VITE	VEAS	AHIAS ABDIEL	24	12	2023	1 años, 10 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354312389	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SITIO YESCA y SN	000-000-0000 /
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	1354312389	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	10
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 1 AÑO Y 9 MESES DE EDAD, CON APP DE BAJO PESO AL NACER QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE NIÑO SANO, MADRE NIEGA SINTOMATOLOGÍA DE RELEVANCIA. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE ALARMA O DESHIDRATACIÓN. PACIENTE CULMINA TRATAMIENTO CON ZINC Y MICRONUTRIENTES POR 3 MESES SIN EMBARGO CURVA SE MANTIENE EN DESCENSO EN RELACIÓN A PESO/EDAD TALLA/EDAD. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BAJA TALLA SEVERA Y BAJO PESO PARA LA EDAD.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-10	14:12	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-11-10	14:12	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	