

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINOZA	TIGUA	ABDIEL AMIR	28	12	2023	1 años, 1 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354314468	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE MANABI y X	098-879-3522 /
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	1354314468	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	07
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

PACIENTE LACTANTE MENOR DE 1 AÑO 1 MES DE EDAD QUE ES TRAI DO POR SU MADRE (JENNIFFER PIGUA) A CONTROL DE NIÑO SANO. MAMA NO REFIERE SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA, RESPIRATORIA O NEUROLÓGICA. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO Y ELECTIVO, AFEBRIL, CON MUCOSAS HIDRATADAS, EXAMEN FISICO NORMAL, PESO Y TALLA BAJAS PARA LA EDAD, ASESORIA ALIMENTARIA Y CONTROL Y SEGUIMIENTO SUBSECUENTE, SE ALIMENTA BIEN, DENVER NORMAL, SE ENCUENTRA EN SUPLEMENTACION CON SULFATO DE ZINC Y VITAMINAS. ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETOS PARA LA EDAD. ESQUEMA DE VACUNA COMPLETA PARA LA EDAD. SE ENTREGA MICRONUTRIENTES EN POLVO, NO SE ENTREGA VITAMINA A POR FALTA DE STOCK EN FARMACIA. . TALLA Y PESO BAJO PARA LA EDAD. PACIENTE PRESENTA DESNUTRICION CRONICA Y AGUDA EN ESPERA DE REFERENCIA A AREA DE PEDIATRIA. SE SOLICITA REFERENCIA A AREA DE PEDIATRIA DEBIDO A BAJA TALLA PARA LA EDAD A PESAR DE ESTAR TOMANDO SULFATO DE ZINC POR MAS DE 3 MESES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	14:17	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-02-07	14:17	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

