

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CASTRO	KENDRY DARIEL	09	01	2024	1 años, 9 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354322271	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA 9 DE OCTUBRE y	096-908-3110 /
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	1354322271	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	10	20
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 9 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA SUS PROGENITORES PARA CONTROL DEL NIÑO SANO, EN SEGUIMIENTO POR DIAGNOSTICO DE DESNUTRICION CRONICA INFANTIL, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, VALORADO Y EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA, AL MOMENTO SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO. BUEN ESTADO GENERAL, SUTURAS PLANAS, OJOS SIMÉTRICOS, PALADAR SIN ALTERACIÓN MORFOLÓGICA, BROTES DENTALES, PABELLÓN AURICULAR CON MORFOLOGÍA E IMPLANTACIÓN NORMAL, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS NORMALES, TÓRAX SIMÉTRICO, MIEMBROS SUPERIORES SIMÉTRICOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. TESTICULOS EN ESCROTO, COLUMNA VERTEBRAL ALINEADA. PLIEGUES INGUINALES, GLÚTEOS Y MUSLOS SIMÉTRICOS.

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
2025-10-20	12:46	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
2025-10-20	12:46	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

