

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CASTRO	KENDRY DARIEL	09	01	2024	2 años, 2 meses, 15 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	2026	03	24
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE DCI	

3. Resumen del cuadro clínico

KENDRY PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS 2 MESES DE EDAD. CON APP DE DCI + DERMATITIS ATOPICA. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA Y CON BIOMETRIA YA REPORTADA, MISMA QUE REFIERE PACIENTE FUE AL DERMATOLOGO PARTICULAR EN DONDE LE DIERON TRATAMIENTO PARA IMPATIGO MEJORANDO CUADRO CLINICO, ESTADO NUTRICIONAL INADECUADO PARA LA EDAD, PRESENTA BAJA TALLA PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO PARA LA EDAD. ESQUEMA DE INMUNIZACIONES ADECUADO. PACIENTE ESTABLE Y COLABORADOR, SE REALIZA CONTROL SIN NOVEDADES, MADRE REFIERE QUE LLEVA CONTROLES EN EL HOSPITAL CON PADIATRIA. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALICA. BOCA: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. OROFARINGE: SIN ALTERACIÓN. CUELLO: SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS. TÓRAX: ELASTICIDAD Y EXPANSIBILIDAD CONSERVADA. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. CORAZÓN: RUIDOS CARDÍACOS NORMOFONÉTICOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS SIN ALTERACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: WBC: 10.1 / LINFOCITOS 49.5% / HEMOGLOBINA 12.7 / VCM: 73 / PLAQUETAS 254

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	09:47	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-03-24	09:47	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

