

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MANZABA          | ZAMBRANO         | ASHLY VALENTINA | 07                  | 02  | 2024 | 0 años, 11 meses, 20 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354339457        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | TABLADA DE SANCHEZ y NN      | 098-787-2011 /       |
| 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                 | 1354339457      | NAUSE                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2025  | 01  | 27  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

LACTANTE FEMENINA DE 11 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. APP: PIEBALDISMO/ APF: PADRE Y ABUELO PATERNO CON PIEBALDISMO. HITOS DEL DESARROLLO DEFICIENTES. TALLA: 64.5 PESO: 6.8. NO VENEFIICIARIA DEL BONO. PACIENTE CON ALTOS CRITERIOS DE VULNERABILIDAD. MADRE REFIERE QUE LA ALIMENTA CON COLADA DE VERDE Y LACTANCIA. ADEMÁS QUE ELLA SE ALIMENTA CON LO QUE PUEDE. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA. SE PRESCRIBE HIERRO MULTIVITAMINAS CADA 48 HORAS HASTA LA SIGUIENTE CITA. SE PRESCRIBE HIERRO POLIMALTOSADO 10 GOTAS CADA 48 HORAS. ZINC /SE BRINDA ALIMENTO TERAPÉUTICO LISTO PARA USO. PACIENTE PASA PRUEBA DE APETITO/ SE HACE REFERENCIA PARA PEDIATRIA/ SE SUGIERE INT. PARA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE CON BAJO PESO Y BAJA TALLA SEVERA. APP: PIEBALDISMO. PESO INDECUADO PARA EDAD 11 MESES, DESARROLLO PSICOMOTRIZ RETARDADO

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-27 | 14:44 | Medicina Rural | EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO | 1316282464 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-27 | 14:44 | Medicina Rural | EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO | 1316282464 |       |

