

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SUAREZ	SANCHEZ	STEVEN ZAIR	25	03	2024	1 años, 10 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354368571	MANABI	CHONE	SANTA RITA	POR ARRIBA DEL TERMINAL y	098-290-5111 /
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	1354368571	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	01	27
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

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO ACUDE A CONTROL DEL NIÑO SANO EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE PACIENTE SE ENCUENTRA SIN SINTOMAS, NO NAUSEAS, NO FIEBRE, NO DIARREA, PACIENTE TOLERA VIA ORAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, SIN ALTERACIONES. PACIENTE EN CONTROL SUBSECUENTE CON BAJA TALLA SEVERA Y PESO BAJO, SE REALIZA INTERCONSULTA A MEDICINA FAMILIAR Y REFERENCIA A PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE EN CONTROL SUBSECUENTE PRESENTA BAJA TALLA SEVERA + PESO BAJO, CON POCA GANANCIA A PESAR DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	19:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	

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
2026-01-27	19:36	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MUENTES	1313700039	