

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	SOLIS	JASIER AIDEN	20	05	2024	1 años, 6 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354404780	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y X	097-883-9964 /
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	1354404780	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	17
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 Y 6 MESES DE EDAD, QUE ACUDE A CONTROL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. MADRE NIEGA CUADRO AGUDO ACTUAL: SIN FIEBRE, SIN TOS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN VÓMITOS, SIN DIARREA, SIN DATOS DE DESHIDRATACIÓN, SIN LETARGO NI IRRITABILIDAD MARCADA. SE EVIDENCIA EN CONTROL DE CRECIMIENTO TALLA BAJA PARA LA EDAD, CON UBICACIÓN EN CURVAS OMS POR DEBAJO DE -2 DE (PUNTUACIÓN Z < -2) EN TALLA/EDAD DE MANERA PERSISTENTE SEGÚN REGISTROS Y GRÁFICAS APORTADAS. PESO PARA LA EDAD EN RANGO BAJO/ACORDE A SU CANAL DE CRECIMIENTO. NO SE IDENTIFICAN SIGNOS DE ALARMA AL EXAMEN CLÍNICO ACTUAL. MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE YA SE ENCONTRABA EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRÍA POR ESTA CONDICIÓN; SIN EMBARGO, INFORMA QUE ACTUALMENTE NO EXISTE TURNO DISPONIBLE EN LA UNIDAD/ESPECIALIDAD DONDE ERA CONTROLADO, POR LO QUE LE INDICARON ACUDIR A PRIMER NIVEL PARA LA SOLICITUD Y EMISIÓN DE LA RESPECTIVA REFERENCIA A FIN DE RETOMAR CONTROL ESPECIALIZADO. POR LO ANTERIOR, SE SOLICITA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA PARA CONTINUIDAD DE SEGUIMIENTO Y ESTUDIO ETIOLÓGICO DE RETRASO DEL CRECIMIENTO LINEAL, CON DEFINICIÓN DE CONDUCTA Y PLAN DE SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-12-17	13:58	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	 Firmado electrónicamente por: MABEL MARIA PALMA GARCIA Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-17	13:58	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

