

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MEDRANDA	ALAIYA SARAHI	22	05	2024	2 años, 1 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354407098	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SN y SN	098-061-8173 /
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	1354407098	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	07	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PRESCOLAR FEMENINA DE 2 AÑOS UN MES QUIEN ES TRAI DA POR SUS PADRES A CONTROL, CON APP DE DESNUTRICIÓN CRONICA INFANTIL POR BAJA TALLA Y BAJO PESO PARA SU EDAD.. CON CURVA DE CRECIMIENTO ESTACIONARIA... REFIERE QUE SIEMPRE ESTA CON DIARREA EN ESPECIAL CUANDO LE DAN LECHE O DERIVADOS DE LA LECHE... TAMBIEN SE SOSPECHA DE INTOLERANCIA AL GLUTEN...?? AL EX. FISICO: MUCOSAS HIPOCROMICAS, AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRs/S.- SE CONSTATA ATRASO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE POR ELLO SE INDICA RECOMEDACIONES GENERALES, I/C.- CON NUTRICION Y TRERAPIA DE LENGUAJE Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Hb:9gr/dl-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	15:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

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
2026-07-07	15:06	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS ABEL MARTINEZ CASTRO	81	

