

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PARRAGA          | CANTOS           | KENDRY ADRIAN | 21                  | 06  | 2024 | 1 años, 11 meses, 25 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354427179        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | RIVERA 2 y X                 | 099-161-2161 /      |
| 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                 | 1354427179                               | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Nutrición    | 2026           | 06  | 15  |
| 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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO Y 11 MESES DE EDAD, VISITADO EN EL CENTRO CNH CARITAS ALEGRES, COMUNIDAD LA RIVERA, ACOMPAÑADO DE SU REPRESENTANTE. SE REALIZÓ CONTROL DE NIÑO SANO. LA MADRE NIEGA SÍNTOMAS RECIENTES. AL MOMENTO, EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, ACTIVO, REACTIVO, COLABORADOR, CON BUENAS CONDICIONES HIGIÉNICAS Y SIN SIGNOS DE ALARMA. SEGÚN LAS CURVAS DE LONGITUD/ESTATURA DE LA OMS, SE OBSERVA QUE LA TALLA SE MANTIENE POR DEBAJO DEL PERCENTIL -2, LO QUE INDICA CRECIMIENTO POR DEBAJO DEL EXPECTADO PARA SU EDAD. SE RECOMIENDA REFERENCIA A NUTRICIÓN PARA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DETALLADA, PLAN DE INTERVENCIÓN DIETÉTICA Y SEGUIMIENTO DE CRECIMIENTO. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| SE OBSERVA QUE LA TALLA SE MANTIENE POR DEBAJO DEL PERCENTIL -2 |
|-----------------------------------------------------------------|

## 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------|--------|-----|-----|
| DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA | E440   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     |                                                                                                                                                                                                      |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-06-15 | 16:01 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |  <div> Validar únicamente en PimaEC.<br/>Firmado electrónicamente por:<br/><b>MABEL MARIA PALMA GARCIA</b> </div> |

## 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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-06-15 | 16:01 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |       |