

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 | Pediatría    | 2026  | 06  | 15  |
| 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 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 TALLA POR DEBAJO DEL PERCENTIL -2, LO QUE INDICA CRECIMIENTO POR DEBAJO DEL EXPECTADO PARA SU EDAD. SE RECOMIENDA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN COMPLETA DEL CRECIMIENTO, MONITOREO DE DESARROLLO, DETECTAR POSIBLES CAUSAS DE RETRASO Y PLANIFICAR SEGUIMIENTO ADECUADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

, SE OBSERVA TALLA POR DEBAJO DEL PERCENTIL -2

## 5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-06-15 | 16:01 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |  FIRMADO electrónicamente en FirmaBC.<br>Firmado electrónicamente por:<br>MABEL MARIA PALMA GARCIA |

## 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 |       |