

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CARREÑO	FROWEN MIGUEL	23	06	2024	1 años, 11 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354428367	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CHONE y	098-256-2345 / (09)-825-6234
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	1354428367	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	01
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, acude en compañía de su madre para control médico. Durante la valoración se evidencia compromiso importante del crecimiento y estado nutricional, con talla para la edad (T/E) de -3.78 DE y peso para la edad (P/E) de -4.4 DE. Madre refiere que el paciente mantiene apetito aceptable, sueño, micción y deposiciones normales. Niega fiebre, diarrea, vómitos, tos u otra sintomatología acompañante. Al examen físico se encuentra hemodinámicamente estable, activo, reactivo al medio y sin signos de deshidratación ni enfermedad aguda. Debido a los hallazgos antropométricos compatibles con desnutrición severa y retraso importante del crecimiento, el paciente requiere valoración especializada por Pediatría para estudio integral, seguimiento nutricional y definición de conducta terapéutica. Se informa que el paciente contaba previamente con turno para valoración especializada, el cual no pudo concretarse por inasistencia, motivo por el cual se solicita nueva referencia y seguimiento en establecimiento de mayor complejidad para continuidad de estudio y manejo.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Laboratorio realizado el 01/06/2026: Leucocitos: 7.42 x10³/μL Neutrófilos absolutos: 2.86 x10³/μL Linfocitos absolutos: 3.88 x10³/μL Monocitos absolutos: 0.36 x10³/μL Eosinófilos absolutos: 0.27 x10³/μL Basófilos absolutos: 0.05 x10³/μL Neutrófilos: 38.5 % Linfocitos: 52.3 % Monocitos: 4.9 % Eosinófilos: 3.7 % Basófilos: 0.6 % Recuento de hematíes: 4.09 x10⁶/μL Hemoglobina: 10.20 g/dL Hematocrito: 32.20 % Volumen Corpuscular Medio (VCM): 78.6 fL Hemoglobina Corpuscular Media (HCM): 25.0 pg Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM): 31.8 g/dL Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW-SD): 44.0 fL Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWCV): 13.2 %

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	08:56	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

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
2026-06-01	08:56	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	