

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	SAN ANDRES	BRIANA SARAI	26	06	2024	1 años, 7 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

0981769373

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354430421	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARO y CDLA JARDINES DEL INCA	098-166-9373 /
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	1354430421	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	27
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

REFIERE MADRE QUE PRESENTO CUADRO CLINICO HACE 3 MESES CARACTERIZADO POR DEPOSICIONES DIARREICAS, POR LO CUAL HA BAJADO DE PESO, ACUDIO A MEDICO PEDIATRA PARTICULAR DONDE REALIZRON NUEVOS EXAMENS CON RESULTADOS NORMALES, AL MOMENTO APETITO CONSERVADO, DIURESIS NORMAL Y DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA BLANDA, TOMA LECHE DES LACTOSADA (ENFAGROX . CEBION C,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 12.2, PLAQ 366, LEUC 12.52, COPROLOGICO: NO PARASITOS EMO: NORMAL GANANCIA INADECUADA D EPESO
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA	E738	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	09:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

