

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRASCO	ZAMBRANO	SAMIA GABRIELA	29	06	2024	1 años, 0 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

0978604363

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354432302	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	096-000-5216 /
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	1354432302	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	21
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

ES TRAIDA POR SUS MADRE A CONTROL MEDICO, ANTECEDENTE DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA DEDE LOS 3 MESES DE EDAD, CON ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ACORDE A LA EDAD, TOMANDO LECHE CONFORT HITOS DEL DESARROLLO, SE PARA Y SOSTIENE CON AYUDA, EMITE BISILABOS, ESQUEMA DE VACUANS COMPELTO PARA LA EDAD, AL MOMENTO REFIERE MADRE, AFEBRIL, NO TOS, TOMA FORTIC CHEM 12GOTAS DIARIAS, REFIERE MADRE QUE PASÓ MAS DE UN MES CON DEPOSICIONES DIARREICAS ,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	14:25	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

