

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICA	ORMAZA	RAUL ALEXANDER	15	07	2024	1 años, 6 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354442624	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	MUCHIQUE 1 y	096-768-7874 /
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	1354442624	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	01	27
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

LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO Y 6 MESES DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD A LAS 35 SEMANAS DE GESTACIÓN, PESO AL NACER 2460 G Y TALLA 47.5 CM, ES TRAÍDO POR SU MADRE AL CENTRO DE SALUD PARA CONTROL DEL NIÑO SANO; AL MOMENTO DE LA CONSULTA LA MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA, PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE ALARMA NI DESHIDRATACIÓN. SE REVISÓ LIBRETA INTEGRAL DE SALUD, EVIDENCIÁNDOSE TALLA/EDAD BAJA TALLA, PESO/EDAD NORMAL, PESO/TALLA NORMAL, IMC NORMAL Y PERÍMETRO CEFÁLICO NORMAL, CON DESARROLLO PSICOMOTOR ACORDE A LA EDAD. COMO ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL PRESENTA TALLA BAJA DESDE LOS 2 MESES DE EDAD, EN TRATAMIENTO ACTUAL CON SULFATO DE ZINC 40 GOTAS VÍA ORAL UNA VEZ AL DÍA; POR LO EXPUESTO, SE DECIDE REFERIR A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA Y ESTUDIO ETIOLÓGICO DE TALLA BAJA PERSISTENTE, CONSIDERANDO ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	E46X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-27	09:56	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
2026-01-27	09:56	Medicina Rural	ZAIR JOSUE PALMA CARRILLO	1315110401	

