

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	SHACAY	CARLINA GUADALUPE	04	08	2024	1 años, 7 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354455014	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHIMBORAZO y MALECON	099-146-3169 /
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	1354455014	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	06
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

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA A CARLINA PACIENTE QUE CUENTA CON APP: DCI MADRE REFIERE QUE SE ENCUENTRA ASINTOMATICO, PACIENTE APARENTEMENTE SANA. CON MUY BAJO PESO Y TALLA PARA LA EDAD, ESQUEMA DE INMUNIZACIONES INADECUADO, FALTAN VACUNAS DE LOS 18 MESES. AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE QUE TUVO CONSULTA CON PEDIATRIA SIN EMBARGO NO ACUDIO POR DESCONOCIMIENTO DE LA FECHA DE LA ATENCION. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO NORMAL. AL EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, NO ADENOMEGALIAS, TORAX SIMETRICO CON BUENA ELASTICIDAD, CSPS VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, RSCR RITMICOS, NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO APARENTEMENTE NO DOLOROSO A LA PALPACION, EXTREMIDADES SIMETRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICOALORICA	E45X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-06	15:11	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-03-06	15:11	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

