

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ALAVA	DYLAN ADRIAN	30	08	2024	0 años, 5 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354471987	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-051-5270 /
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	1354471987	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2025	02	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

PACIENTE DE 5 MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE LACTANCIA MATERNA Y LECHE DE FÓRMULA. REFIERE HABER INICIADOALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON BUENA TOLERANCIA ORAL DEBIDO A SUGERENCIA POR PROFESIONAL DE SALUD. MADRE REFIERE HOSPITALIZACIÓN HACE 2 SEMANAS ATRÁS EN CIUDAD DE QUITO POR POSIBLE CUADRO DE BRONQUITIS, ENVÍAN A CASA CON FÁRMACOS (NO REFIERE CUALES) Y NEBULIZACIONES. ADEMÁS REFIERE QUE DESDE HACE 2 DÍAS APROXIMADAMENTE PERCIBE ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA EN CASA MANEJADA CON MEDIOS FÍSICOS. AL MOMENTO LACTANTE EN BRAZOS DE SU MADRE, CON TEMPERATURA DE 37.6, ACTIVO Y REACTIVO.//0960515270

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NIÑO CON BAJA TALLA Y BAJO PESO PARA LA EDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	E441	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	03:55	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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 clínico

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
2025-02-27	03:55	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	