

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ZAMBRANO	CALEB ELIEL	05	09	2024	1 años, 7 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354475855	MANABI	CHONE	CANUTO	LOS CHASCHASCO y	098-755-5440 /
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	1354475855	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	04	08
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 7 MESES DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO, MADRE REFIERE BUEN ESTADO DE SALUD, NO DATOS DE IMPORTANCIA. AL MOMENTO NIÑO CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICO. SEGÚN CURVAS DE PESO Y TALLA SE ENCUENTRA CON BAJO PESO Y BAJA TALLA SEVERA. INDICA QUE TUVO CONTROLES CON PEDIATRIA EN CS CHONE TIPO C PERO EL DIA DE LA SIGUIENTE CITA POR MOTIVO DE LLUVIAS NO PUDO SALIR DE CASA Y PERDIO LA CITA. SE REALIZA NUEVA REFERENCIA A PEDIATRIA AL HOSP. DR NAPOLEON DAVILA C POR DESNUTRICION CRONICA DESDE HACE VARIOS MESES ATRAS QUE A PESAR DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE ZINC EL NIÑO NO HA PODIDO LLEGAR A LA TALLA IDEAL. SE BRINDA ASESORÍA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA. ASESORÍA ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP. ASESORÍA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y PSICOMOTRIZ. ASESORÍA SEGURIDAD, HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL. SE INDICA SIGNOS DE ALARMA. PLAN: SEGUIMIENTO SUBSECUENTE MENSUAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	08:47	Medicina General	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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
2026-04-08	08:47	Medicina General	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

