

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIIJE	LOPEZ	MARIA ITZAYANA	23	10	2024	1 años, 7 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354505016	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SIMBOCAL y	099-860-9039 /
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	1354505016	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	17
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 5 MESES DE EDAD, TRAÍDA POR SU MADRE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO DE INICIO AGUDO CARACTERIZADO POR RINORREA Y TOS E 8 DÍAS DE EVOLUVION, MADRE REFIERE PRESENCIA DE ALZA TERMICA 37.5. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVA, ALERTA, HIDRATADA, SIN DATOS CLÍNICOS DE DESHIDRATACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO: CABEZA NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS. CUELLO SIN ADENOPATÍAS. TÓRAX NORMOCONFIGURADO, RUIDOS RESPIRATORIOS Y CARDÍACOS CONSERVADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RHA AUMENTADOS. SIN MEGALIAS. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, SIN ALTERACIONES. PACIENTE REACTIVA, ACORDE A LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HISTORIAL BAJA TALLA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	13:31	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-06-17	13:31	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	