

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	QUINTERO	THIAGO JAZIEL	02	12	2024	1 años, 3 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354528406	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	MUCHIQUE 1 y	098-774-2321 /
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	1354528406	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	03	03
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 DE EDAD SIN APP DE RELAVNCIA NI ALERGIA A MEDICAMENTOS QUE ES TRAÍDO A ESTE CENTRO DE SALUD POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO + PACIENTE CON APP DE PREMATURIDAD A LAS 32SG + BAJO PESO Y BAJA TALLA PARA LA EDAD, AL INTERROGATORIO SE HACE MENCION A LA MADRE SI HA RECIBIDO TRATAMIENTO OPORTUNO EN ULTIMAS CONSULTAS MEDICAS A LO QUE RESPONDE QUE "SI" Y SIN EMBARGO NO SE MUESTRAN MEJORAS A LOS RESULTADOS PARA CORRECCION ENTRE EL PESO Y LA TALLA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL. MADRE NIEGA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGIA.AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL APARENTE.SE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD POR PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

S/D SE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD (PEDIATRIA)

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	08:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

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
2026-03-03	08:20	Medicina Rural	JEAN PIERRE CABALLERO PALMA	1314743004	

