

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	SOLORZANO	THIAGO ALEXANDER	19	12	2024	0 años, 11 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354537712	MANABI	CHONE	CONVENTO	EDEN y	096-997-5686 /
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	1354537712	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	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 MASCULINO DE 11 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU ABUELA PARA CONTROL DE TALLA. PACIENTE DCI DESDE JULIO DEL PRESENTE AÑO TRATADO CON SULFATO DE ZINC (40 UNIDADES). ABUELA REFIERE APEGARSE BIEN A TRATAMIENTO SIN EMBARGO NO MEJORIA DE PERCENTIL. SE SOLICITA VALORACION POR SERVICIO DE PEDIATRIA CONSULTA EXTERNA. PACIENTE NACIDO A TERMINO POR VIA DE PARTO CESAREA. PESO AL NACER 2840GR PC 32.0 CM L 46.0. AL MOMENTO PERCENTILES DE PESO -0.99 Y TALLA -2.38. ABUELA REFIERE QUE PACIENTE COME SEMISOLIDOS DIAREMENTE. ALERGIA: NO. APP: NO REFIERE. APF: NO REFIERE AQX: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, COLABORADOR, ACTIVO, ELECTIVO, ALERTA, AFEBRIL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BAJA TALLA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	11:15	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2025-11-27	11:15	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

