

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CASTRO	JORGE SAMIR	20	12	2024	0 años, 1 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354538090	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	096-787-7112 /
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	1354538090	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 1 MES 15 DÍAS DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA SU PRIMER CONTROL DE NIÑO SANO. NACIDO MEDIANTE CESAREA A LAS 37 SG. CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO: 1395 GR, TALLA: 41 CM, PERÍMETRO CEFÁLICO: 31 CM, PERIMETRO TORACICO: 30 CM, PERÍMETRO BRAQUIAL: 11 CM, APGAR: 9/10. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA CON BUENA TOLERANCIA ORAL Y LECHE EN FORMULA. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO LACTANTE EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD EN ÚLTIMOS DÍAS. 0967877112.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PESO: 2.7 (BAJO PESO SEVERO). TALLA: 47 (BAJA TALLA SEVERA). PERIMETRO CEFALICO: MICROCEFALIA (33 CM)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	E440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-04	11:41	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-02-04	11:41	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	