

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	ZAMBRANO	ADRIANA STEFANIA	09	02	2025	0 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354566638	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO TABLADA DE SANCHEZ y	095-950-9776 / (09)-595-0977
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	1354566638	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	09
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 CONTROL EN COMPAÑIA DE SUS PADRES. ES UNA PACIENTE DE LARGA DATA CON DESARROLLO INDEBIDO, SEGUN CURVA DE DESARROLLO ESTAMOS CON BAJA TALLA PARA LA EDAD
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE MASCULINO DE 11 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE SUS PADRES. ES UNA PACIENTE DE LARGA DATA CON DESARROLLO INDEBIDO, SEGUN CURVA DE DESARROLLO ESTAMOS CON BAJA TALLA PARA LA EDAD
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-09	08:37	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	 Holger Yefrey Munoz Mantilla Time Stamping Security Data

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐



Firmado electrónicamente por:
WILMER XAVIER LOOR
LOOR
Validar únicamente con FirmaRC

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
2026-01-09	08:37	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	