

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	AHYTANA VALENTINA	10	02	2025	1 años, 0 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354567073	MANABI	CHONE	CONVENTO	CDLA GRIJALVA y	098-957-7536 /
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	1354567073	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	05
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 FEMENINO DE 1 AÑO ACUDE A CONTROL MEDICO EN COMPAÑIA DE MADRE OBTENIDA POR PARTO EUTOCICO SIN COMPLICACIONES CON BAJA TALLA Y BAJO PESO . AL MOMENTO AFEBRIL ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, ACTIVA ELECTIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , CON BUENA TOLERANCIA ORAL. AL EXAMEN FISICO CABEZA MICROCEFALIA , MUCOSAS HUMEDAS. OJOS: PUPILAS REACTIVAS NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES BOCA: OROFARINGE NO PATOLÓGICA OÍDOS: PERMEABLES CUELLO SIN ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO. CSPA VENTILADOS. RSCS RITMICOS. SIN ADENOPATIAS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A PALPACIÓN SUPERFICIAL Y/O PROFUNDA RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES SUPERIORES SIN PATOLOGIA. EXTREMIDADES INFERIORES CON PATOLOGIA SIMÉTRICAS,SE EVIDENCIA DESVIACION DE PIE IZQUIERDO SOSPECHA DE PIE EQUINO VARO SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON BAJA TALLA BAJO PESO AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	11:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-03-05	11:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

