

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECIBO		A	13545/52/4								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO		RIVAS		AILANY		RAFAELLA		M	20-02-2025	1A5M	☐ H	☐ D	☐ M	☒ A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
096/255519		MSP		☒ Y		☐ N								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
DOMINIO		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABÍ		TOACUJA		TOACUJA										
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado.														
MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Insuficiente capacidad reactiva														

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		PEDIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 1 AÑO CON 5 MESES DE EDAD QUE NACIÓ EN HOSPITAL CALCETA POR PARTO VAGINAL, APGAR 8/10, PESO 3000 GR, TALLA 47 CM, 39.6 SEMANAS AL MOMENTO DEL PARTO. ESQUEMA DE VACUNACIÓN AL DÍA. DESDE LOS 8 MESES DE EDAD PRESENTA BAJA TALLA. HACE 1 MES ATRÁS CURSA CON BAJO PESO. HA SIDO TRATADA CON SULFATO DE ZINC 10 MG DÍA, SE HA DESPARASITADO CON METRONIDAZOL. ACTUALMENTE CON DEPOSICIONES BLANDAS CON MOCO PARA LO CUAL INDICO REALIZACIÓN DE COPROPARASITARIO. EXAMEN FÍSICO: RSCS RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS, CSPS CLAROS Y VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, CADERAS NO CHASQUIDO. EXTREMIDADES MÓVILES Y SENSIBLES. CAMINA AL 1 AÑO CON 4 MESES. NO USO DE LA CUCHARA. BAJO EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, PESO EN RIESGO, RIESGO SOCIAL POR EMPLEO INFORMAL DE SU PADRE, SOLICITO VALORACIÓN POR MÉDICO PEDIATRA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LABORATORIO ORDENADO, SE LLEVARÁN EL DÍA DE LA CONSULTA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	DESNUTRICIÓN PROTEICA CALÓRICA NO ESPECÍFICA	E46		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28-07-2026	15:00	IGNACIO		MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1308639879					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	☐ SI	☐ NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	☐ SI	☐ NO
CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐					

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	