

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	OSTAIZA	MELODY AILANY	28	02	2025	0 años, 10 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354580118	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA BARBUDAL y	098-948-0768 /
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	1354580118	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	30
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

LACTANTE FEMENINO DE 10 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN COMPAÑIA DE SU MADRE. ANTECEDENTES POSTNATALES OBTENIDA POR CESAREA DE EMERGENCIA POR PERDIDA DE LIQUIDO APP. NO REFIERE , APF. NO REFIERE. FAMILIAR NO REFIERE SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER NORMAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE: BAJA TALLA -2.15 EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO SIN RUIDOS AGREGADOS RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE CON BAJA TALLA -2.15 SE HA PRESCRITO SULFATO DE ZINC CONTINUA CON BAJA TALLA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	08:50	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
2025-12-30	08:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

