

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres   | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BONINO           | ZAMBRANO         | IAN ZAMIR | 14                  | 03  | 2025 | 1 años, 3 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |           | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354589028        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SABANA NUEVA y               | 098-308-7581 /       |
| 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                 | 1354589028      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2026  | 07  | 13  |
| 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

☐

BAJA  
TALLA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO 3 MESES DE EDAD. ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO LACTANTE EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN NO SE ENCUENTRA ASINTOMATICO. ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL Y BAJA TALLA PARA LA EDAD -2.93. DESARROLLO PSICOMOTOR ES ADECUADO. DENVER NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF: 0983087581

5. Diagnóstico

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

|            |       |                |                               |            |       |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
| 2026-07-13 | 12:35 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |

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 |
| 2026-07-13 | 12:35 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |