

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELASQUEZ	NOAH EMMANUEL	13	07	2025	0 años, 10 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	1354662510	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE PRINCIPAL y	096-309-0701 /
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	1354662510	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2026	06	11
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 LACTANTE MENOR DE 10 MESES 29 DÍAS DE EDAD, ACUDE A CONTROL EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. MADRE REFIERE QUE EL MENOR SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN SINTOMATOLOGÍA AGUDA. SE INDICÓ SUPLEMENTACIÓN CON ZINC RELACIONADA CON EL CRECIMIENTO Y LA TALLA POR 3 MESES, SIN EMBARGO, LA MADRE NO LO ADMINISTRÓ CORRECTAMENTE DURANTE LA MAYOR PARTE DE ESTE PERIODO; SOLO DURANTE EL ÚLTIMO MES SE CUMPLIÓ LA ADMINISTRACIÓN DIARIA SEGÚN INDICACIONES. A PESAR DE ESTO, SE EVIDENCIA PERSISTENCIA DE TALLA BAJA Y PESO PARA LA EDAD SEGÚN CURVAS DE CRECIMIENTO. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, ACTIVO, REACTIVO, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI SIGNOS DE ALARMA. SE REALIZA REFERENCIA A NUTRICIÓN PARA PLAN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, SUPERVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TALLA BAJA Y PESO CURVA DE CRECIMIENTO -2

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-11	19:41	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	 Milena Fernanda Macias Mejia 

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
2026-06-11	19:41	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	