

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELASQUEZ	ISAAC FRANCISCO	09	10	2025	0 años, 9 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354715946	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VERGEL y	099-151-7179 /
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	1354715946	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	07	27
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 MENOR MASCULINO DE 9 MESES DE EDAD ACUDE CON ACOMPAÑAMIENTO MATERNO AL ESTABLECIMIENTO PARA CONTROL DEL NIÑO SANO PARA VALORACIÓN DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTADO NUTRICIONAL. MADRE COMENTA YA HA COMENZADO A INTRODUCIR ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADICIONAL A LA LACTANCIA MATERNA, REFIERE QUE NO HAY RECHAZO DE ALIMENTOS, NI REACCIONES ALERGICAS, TAMPOCO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS, GASTROINTESTINALES NI ALZA TÉRMICA. INDICA QUE GOZA DE BUEN APETITO, CON URESIS Y CATARSIS EN BUEN NUMERO CON CARACTERISTICAS NORMALES. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, REACTIVO, ACTIVO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD CONSERVADA. HITOS DEL DESARROLLO ACORDES A LA EDAD. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL Y MANEJO DE PESO Y TALLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO	R620		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	13:47	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-07-27	13:47	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

