

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	FIERRO	MERCEDES ESTEPHANIA	30	10	2025	0 años , 8 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	1354730580	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN PEDRO DE ATASCOSO y	098-308-1443 /
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	1354730580	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	02
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 8 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE NIÑO SANO, ACOMPAÑADA DE SU MADRE. MADRE REFIERE QUE LA LACTANTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, CON APETITO ADECUADO, SUEÑO NORMAL Y ELIMINACIONES REGULARES. NIEGA FIEBRE, DIARREA, VÓMITO, TOS PERSISTENTE O SIGNOS DE ALARMA. MANIFIESTA PREOCUPACIÓN POR EL BAJO PESO DE SU HIJA, REFIRIENDO QUE RECIBE SUPLEMENTACIÓN Y VITAMINAS SIN EVIDENCIAR MEJORÍA EN EL CRECIMIENTO. SE REVISÓ EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN, ENCONTRÁNDOSE PENDIENTE LA VACUNA CORRESPONDIENTE A LOS 6 MESES. SE ADMINISTRA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO, POLVOS MULTIMICRONUTRIENTES Y VITAMINA A 100.000 UI. SE REALIZA TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA CON RESULTADO DE 10,2 G/DL, COMPATIBLE CON ANEMIA LEVE. EN LA VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA SEGÚN LAS CURVAS DE CRECIMIENTO DE LA OMS SE EVIDENCIA EMACIACIÓN Y BAJA TALLA PARA LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EDAD: 8 MESES PESO: 5.5 TALLA: 63.5

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	E441	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	15:44	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	

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
2026-07-02	15:44	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	

