

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	SOLORZANO	JAZIEL Yael	22	10	2025	0 años, 9 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354734053	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	CHIBUNGA y	099-283-6848 /
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	1354734053	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	EL CARMEN	Consulta externa	Pediatría	2026	07	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

PACIENTE DE 9 MESES, ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE NIÑO SANO. ACOMPAÑANTE REFIERE QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, CON APETITO ADECUADO, SUEÑO NORMAL Y ELIMINACIONES REGULARES. REFIERE QUE HACE 1 SEMANA EL NIÑO PRESENTÓ ALZAS TERMICAS Y DIARREA ABUNDANTES POR EL CUAL FUE INTERNADO (NO MENCIONA EN QUE UNIDAD). ESQUEMA DE VACUNACIÓN REVISADO Y ACTUALIZADO SEGÚN EDAD. SE EVALÚA CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ACUERDO A LAS TABLAS OMS, PRESENTANDO UN PESO 6.75 (BAJO PESO) Y UNA TALLA DE 65.5 CM (BAJA TALLA SEVERA), SE HA ADMINISTRADO SULFATO DE ZINC CON EL CUAL A LO LARGO DE SUS CONTROLES NO SE HA EVIDENCIADO MEJORIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PESO 6.75KG, TALLA 65.5CM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO	R620		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	09:53	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	

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
2026-07-30	09:53	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	