

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	INTRIAGO	AMARA KATALEYA	03	12	2025	0 años, 6 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354746339	MANABI	TOSAGUA	BACHILLERO	SN y SN	096-254-6115 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Área		
MSP	1354746339	BACHILLERO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	15
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 ACUDE PARA CONTROL, AL MOMENTO CON DESNUTRICION EN RESOLUCION, INICIA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, BAJO EL CUIDADO DE PADRE Y TIA PATERNA, ES SU CUARTO CONTROL, AL MOMENTO ASINTOMATICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Z001

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	10:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	

 **Dra. Melissa García**
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA
DIPLOMADO EN DIABETOLOGÍA
REG. SENECYT 1027-2022-2417310



III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☒

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	------------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Fecha

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año
---------------------	--------------------------	------	---------------	-----	-----	-----

2. Resumen del cuadro clínico

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
2026-06-15	10:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	