

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	GUAMAN	EITHAN JESUS	26	12	2021	3 años, 1 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1761014008	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN PABLO y	093-980-7961 /
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	1761014008	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	01	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive☐

Saturación capacidad instalada☐

Ausencia temporal del profesional☐

Otros/especifique:☐

Falta de profesional☒

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 3 A AP: NR, AQX:NR, AF: NR, ACUDE A CITA EN COMPAÑIA DE MADRE LA CUAL MENCIONA TRAERLO DEBIDO A QUE PACIENTE PRESENTA BAJA TALLA DE LARGA DATA, YA HA RECIBIDO SULFATO DE ZINC, ACUDE CON RX DE MANO IZQ (REALIZADA CUANDO TENIA 2A5M): LA CUAL REPORTA EDAD OSEA DE 1A.ALIEMNTACION: ALIMENTO SOLIDOS, BUEN APETITOLESQ VACUNAS: COMPLETO. CURVAS DE CRECIMIENTO: TALLA BAJA PARA LA EDAD.TEST DE DENVER NORMAL. EX FISICO SIN SIGNOS DE PATOLOGIA SUBYACENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE MANO IZQ (REALIZADA CUANDO TENIA 2A5M): LA CUAL REPORTA EDAD OSEA DE 1A.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	E440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	15:04	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-01-28	15:04	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	