

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	MARIN	CARLOS ADRIAN	20	07	2022	3 años, 7 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1761256179	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RICAUARTE y	099-999-9999 /
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	1761256179	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	06
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

PREESCOLAR MASCULINO DE 3 AÑOS ACUDE ACOMPAÑADO POR SU ABUELA, QUIEN REFIERE QUE LA MADRE DEL MENOR FALLECIÓ EN NOVIEMBRE DE 2025 (APROXIMADAMENTE DURANTE LAS ÚLTIMAS ELECCIONES) EN LA CIUDAD DE QUITO. LA ABUELA HA ASUMIDO LA REPRESENTACIÓN Y CUIDADO DEL NIÑO Y LO TRAE PARA CONTROL DE SALUD. NO PRESENTA DOCUMENTO DE IDENTIDAD NI LIBRETA INTEGRAL DE SALUD; SIN EMBARGO, SEGÚN REGISTROS DISPONIBLES, SU ESQUEMA VACUNAL SE ENCUENTRA ACTUALIZADO HASTA EL AÑO 2022. DURANTE LA ANAMNESIS, LA ABUELA REFIERE QUE EL MENOR TIENE UNA EXPRESIÓN VERBAL LIMITADA, UTILIZANDO ÚNICAMENTE LAS PALABRAS “NO”, “MAMÁ” Y “PAPÁ”, SIN PRODUCIR FRASES NI VOCABULARIO ADICIONAL ADECUADO PARA SU EDAD. ADEMÁS, SE OBSERVA BAJA TALLA PARA LA EDAD POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CURVA DE CRECIMIENTO DESVIACIÓN -2D BAJA TALLA PARA LA EDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO	M892	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-06	09:21	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-03-06	09:21	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

