

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARTINEZ	RODRIGUEZ	JEIDAN JOAN	20	12	2022	2 años, 3 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352144162	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	095-883-3105 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveciona/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	2352144162	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				Fecha
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	Fecha
				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 ☐	BAJA TALLA SEVERA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PEDIÁTRICO DE 2 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU TÍA POR LESIONES DÉRMICAS PRURIGINOSAS EN TALÓN IZQUIERDO Y TRONCO QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO, NO ALZA TÉRMICA. PACIENTE PRESENTA BAJA TALLA SEVERA 80 (-3.01) Y BAJO PESO 10.1 (-2.03) PARA LA EDAD, TÍA REFIERE QUE HASTA EL MOMENTO NO CAMINA. AL MOMENTO ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL. TELF: 0989072952

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PRESENTA BAJA TALLA SEVERA 80 (-3.01) Y BAJO PESO 10.1 (-2.03) PARA LA EDAD. SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	13:41	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	 MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO

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/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
2025-03-27	13:41	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	