

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIMIS	MARQUEZ	DANIEL JAVIER	21	01	2024	0 años, 11 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352270785	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA A TRES ESQUINAS y	097-997-2981 /
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	2352270785	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	01	10
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

LACTANTE MASCULINO DE 11 MESES DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA ACOMPAÑADO DE SU MADRE. AL MOMENTO MADRE REIFERE PASO POR PROCESO DE RESFRIADO HIPOACTIVO RECHAZO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA , CON DESNUTRICION SEVERA GLASGOW 15/15, TALLA/EDAD , PESO/EDAD BAJO . AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO RSCS RITMICOS, ADBOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. SE INDICA NUTRICALCIN #15 . SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO MEDIDAS GENERALES, ASESORÍA EN NUTRICIÓN, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE CON BAJO PESO BAJA TALLA EMANCIADO AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE PEDIATRIA
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-10	13:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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