

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PANEZO	ZAMBRANO	DERIAN MATHIAS	15	10	2024	1 años, 0 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352343277	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA TRES ESQUINAS y	099-219-4390 /
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	2352343277	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	27
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

SE BRINDA ATENCION MEDICA A LACTANTE MENOR DE 12 MESES CON APP DE DESNUTRICION CRONICA INFANTIL. PACIENTE QUE RECIBE TRATAMIENTO POR MESES CONSECUTIVOS CON SULFATO DE ZINC. PESE A ELLO NO SE EVIDENCIA PROGRESO. FAMILIAR NO REFIERE SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE, ACTIVO, DENVER NORMAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE: PESO BAJO PARA LA EDAD PERCENTIL (-2.38), TALLA BAJA PARA LA EDAD. PERCENTIL (-2.01)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PESO: 7.8 KG PERCENTIL (-2.38) TALLA: 70.5 CM PERCENTIL (-2.01) PERIMETRO CEFALICO: 43.4 CM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	E46X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-27	22:13	Medicina Rural	LISBETH CAROLINA CAICEDO ZAMBRANO	1314708700	

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 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
2025-10-27	22:13	Medicina Rural	LISBETH CAROLINA CAICEDO ZAMBRANO	1314708700	