

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALLEJO	MEDRANDA	DIEGO GADIEL	14	10	2025	0 años, 6 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2352441105	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	098-089-6980 /
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	2352441105	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2026	04	29
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	☐	EXCESO DE GANANCIA DE PESO, IMC 23.94	

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR MASCULINO DE 5 MESES DE EDAD, QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE NIÑO SANO, EN BUEN ESTADO GENERAL. MADRE QUIEN REFIERE QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA TRANQUILO, RECIBE LECHE EN FORMULA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, SIN SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD APARENTE. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS, DUERME BIEN. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, HIDRATADO. DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. ESTADO NUTRICIONAL CON PESO ELEVADO PARA LA EDAD, OBESIDAD. 0980896980 - 0986091801

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXCESO DE GANANCIA DE PESO, IMC 23.94

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	E669	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	13:57	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-04-29	13:57	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

