

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MOREIRA	CRISTHIAN JACINTO	02	05	2018	7 años, 10 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	CRJGAM13201805021	MANABI	CHONE	RICAURTE	COLORADO y	099-999-9999 /
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	CRJGAM13201805021	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

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

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS VALORADO EN VISITA DOMICILIARIA EN COMUNIDAD COLORADO DE RICAURTE POR SOLICITUD DE LA JUNTA CANTONAL ANTE MEDIDA DE PROTECCIÓN VIGENTE. AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN SE ENCUENTRA AL CUIDADO DE ABUELOS PATERNOS Y TÍA PATERNA. NO POSEE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD NI REGISTRO CIVIL VIGENTE; ÚNICAMENTE SE CUENTA CON CARNET DE VACUNACIÓN QUE EVIDENCIA ESQUEMA INCOMPLETO PARA SU EDAD. NO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO EN NINGÚN GRADO POR LO QUE NO HA ADQUIRIDO HABILIDADES BÁSICAS DE LECTOESCRITURA. AL EXAMEN FÍSICO SE REGISTRAN MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DENTRO DE PARÁMETROS ACEPTABLES PARA EDAD SIN SIGNOS DE MALTRATO FÍSICO ACTIVO NI DESCUIDO GRAVE INMEDIATO. SE APLICAN VACUNAS DE CAMPAÑA CORRESPONDIENTES A INFLUENZA Y SARAPIÓN SEGÚN DIRECTRICES VIGENTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TALLA Y PESO BAJO DESVIACIÓN ESTANDAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICION PROTEICOALORICA	E45X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-27	11:30	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
2026-03-27	11:30	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

