

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	LOOR	ELBA JACINTA	16	02	2002	24 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313797092	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS BRAVOS CHICOS y	098-570-5370 /
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	1313797092	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	06	23
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 DE 24 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P0 A1 C1 HV1 HM0, PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, CITOLOGÍAS: 1, MENARQUIA: 15 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: SI, ANTICONCEPTIVO ORAL, EMBARAZO PLANEADO PIG:6 AÑOS// APP: NO REFIERE // APQX: CESAREA, APENDICEPTOMIA // APF: ABUELOS DIABETICOS // FUM: 16/2/2026, GESTANTE DE 20.6 SG SEGUN PRIMER ECOGRAFIA DEL 15/05/2026 CON 15.2 SG CON FPP: 4/11/2026. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, REFIERE DOLOR EN VIENTRE OCASIONAL, NAUSEAS QUE LLEGAN AL VOMITO CON PREDOMINIO MATUTINO// SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NIEGA SECRECIONES VAGINALES, NIEGA PRURITO // ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO 1 / SCORE MAMA: 0 RO: 3 PUNTOS= BAJO (ABORTO). 0985705370 - 0990283820

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GANANCIA INADECUADA DE PESO CONSECUTIVA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	14:45	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
2026-06-23	14:45	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

