

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	ALCIVAR	SILVIA PAOLA	29	06	1995	30 años, 8 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314787969	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CABECERA DE BARQUERO y	098-131-3040 /
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	1314787969	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	03	25
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	☐	GANANCIA DE PESO INADECUADA SUBSECUENTE	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P0 A2 C0 // APP: DOS PÉRDIDAS DE EMBARAZO PREVIAS (PRIMERO 22 SG- SEGUNDO A 4 SG (29/06/2024), DIAGNÓSTICO DE TOXOPLASMOSIS LABORATORIOS DE 22/10/2025 IGM TOXOPLASMA 0.30 IU ML IGG TOXOPLASMA 140.90 IU/ML REFIERE QUE ESTÁ EN CONTROL + HERPES TIPO 1 MENCIONA TRATAMIENTO PREVIO + HIPOTIRODISIMO SIN TRATAMIENTO , LLEVA CONTROLES MÉDICOS PARTICULARES LE REFIERE QUE ESTÁ CONTROLANDO ANTECEDENTES DESCRITOS // GESTANTE FUM DEL 07/9/2025 // GESTANTE SEGÚN ECOGRAFÍA DEL 08/12/2025 CON 13.6 SG CUENTA CON 29.1 SG. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS,ASINTOMÁTICA. NO SANGRADO, MENCIONA SECRECIONES VAGINALES SIN OLOR, SIN PRURITO, NO DISURIA, MENCIONA CONTROLES CON ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON SOLO ACUDE A UN CONTROL POR INCONFORMIDAD CON MEDICO TRATANTE // ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO I CON GANANCIA INADECUADA DE PESO/ SCORE MAMA: 0 RO: 6 ALTO (ABORTO PREVIO IGUAL O MAYOR A 2 -- OBITO FETAL 2- HIPOTIROIDISMO SIN TRATAMIENTO 2). 0981313040

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GANANCIA DE PESO INADECUADA SUBSECUENTE

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	21:28	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
2026-03-25	21:28	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	