

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CEDEÑO           | SANTANA          | CRUZ MARIA | 02                  | 05  | 1993 | 32 años, 11 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315107241        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | BRAVO CHICO y                | 099-585-8820 /      |
| 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                 | 1315107241      | 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  | 20  |
| 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 FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD. APP DISCAPACIDAD INTELECTUAL 99%. ACUDE A CONTROL MEDICO, MADRE REFIERE DIFICULTAD PARA COMER Y DORMIR HACE 1 MES DE EVOLUCION. PACIENTE ACUDE EN SILLA DE RUEDAS JUNTO A SU MADRE (CUIDADORA). AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0995858820.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------|--------|-----|-----|
| PERDIDA ANORMAL DE PESO | R634   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-20 | 11:00 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-20 | 11:00 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |