

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MUÑOZ            | CAICEDO          | KELY THALIA | 09                  | 07  | 2003 | 22 años, 2 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317601753        | MANABI              | CHONE  | BOYACA    | VILLAMARINA y                | 098-126-8320 /      |
| 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                 | 1317601753      | BOYACA                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Nutrición    |  | 2025  | 09  | 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 FEMNINO DE 22 AÑOS DE EDAD, ALERGIA A CORTICOIDES Y MARISCOS. ACUDE TRAS MANIFESTAR CUADRO CLINICO DE DELGADEZ, REIFERE QUE SE LE HACE MUY DIFICIL SUBIR DE PESO, A PESAR DE ESTAR CON ASESORIA EN ALIMENTACION, MANIFIESTA TENER EL MISMO PESO E INCLUSO ANTERIORMENTE TENIA MENOS DEL ACTUAL (49KG). ACTUALEMENTE CONSTA DE DIETA HIPERCALORICA HIPERPROTEICA SIN RESULTADOS. NO MANIFIESTA CUADRO RESPIRATORIO, NI GASTROINTESTINAL. SE REALIZA REFERENCIA PARA NUTRICION PARA VALORACION Y POSTERIOR MANEJO. TELEFONO: 0981268320

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0981268320

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                               | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DEFICIENCIA DE OTRO ELEMENTO NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADO | E619   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-23 | 09:14 | Medicina Rural | GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO | 1315109510 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-23 | 09:14 | Medicina Rural | GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO | 1315109510 |       |