

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	IBARRA	GALO MAURICIO	03	07	2011	13 años, 3 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350048854	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO COPETON y	096-269-9185 /
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	1350048854	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4			
Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2024	10	
					17		
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 ☒	

3. Resumen del cuadro clínico

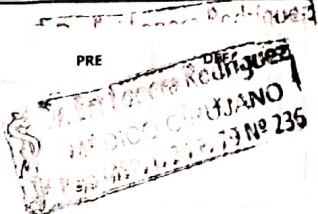
PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE. ES TRAI DO POR SU MADRE PARA CONTROL MEDICO GENERAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, AFEBRIL, MADRE REFIERE ASTENIA DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION. PACIENTE CON POCA GANANCIA DE PESO. IMC PARA LA EDAD EMACIADO. TLF: 0962699185// 0983493443

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE
DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA MODERADA	E440	



FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	11:54	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

DR. AGUSTÍN CARVAJAL Z.
MÉDICO CIRUJANO
C.O.P. 1315938504
REG. SIN. 0011-2023-2779553

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
2024-10-17	11:54	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	