

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	QUIJIJE	SANTA NAYELY	01	04	2010	14 años, 9 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350638191	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-402-7433 /
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	1350638191	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2025	01	29
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 14 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APF: ABUELO MATERNO HTA, ABUELA MATERNA CA UTERINO. AA: NO REFIERE. ACUDE CON EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EL 05/01/2025 EN LOS CUALES SE EVIDENCIA H. PYLORI IGM EN SANGRE POSITIVO, REFIERE ACUDIR A MÉDICO PARTICULAR DONDE LE PRESCRIBEN TRATAMIENTO DE AMOVAL CADA 122 HORAS, CLARITROMICINA 250MG C 12H, OMEPRAZOL 20MG C12H, TRATAMIENTO QUE CULMINA HACE 8 DÍAS. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE MEJORÍA DE SINTOMATOLOGÍA DE DISPEPSIA, SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON ITERROGATORIO// 0984027433

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON IMC DE DELGADEZ SEVERA. SE SOLICITA CONTROL Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	14:43	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-01-29	14:43	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	