



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		001414	Santa Rita		CS	1314335181					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Zambrano		Marcillo		Tania		Daniela		M	20-04-1994	30	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
098-456-6195				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.							
13				1303		130302					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Nutricion

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS- APP AS MA- AQX CESÁREAS (2)- ALERGIAS NO REFIERE- APF PADRE Y MADRE CON HTA- ABUELAMATERNA DM2- ABUELA PATERNA CÁNCER. CONS ULTA POR DOLOR UNILATERAL EN EL HOMBRO IZQUIERDO- DE APROXIMADAMENTE 10DÍAS DE EVOLUCIÓN. ES DE INTENSIDAD MODERADA- LOCALIZADO PRINCIPALMENTE EN LA ZONA DEL HOMBRO DERECHO Y PECHO- SEIRRADIA HACIA EL PECHO. LA PACIENTE REFIERE QUE EL DOLOR SE AGRAVA AL MOVIMIENTO Y AL LEVANTAR CUALQUIER CARGA- YMEJORA LEVE CON EL DESCANSO. NO HAY HISTORIAL DE TRAUMATISMOS O LESIONES DIRECTAS EN LA ZONA. NO REFIEREN SÍNTOMAS DE FIEBRE- NAUSEAS- DIFICULTAD PARA RESPIRAR NI S UDORACIÓN ABUNDANTE. SE INDICA RADIOGRAFÍA AP Y LATERAL DE PECHODIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. ADEMÁS- PRESENTA SOBREPESO DESDE HACE VARIOS AÑOS- CON AUMENTO PROGRESIVO DEL PESOCORPORAL. REFIERE HÁBITOS ALIMENTICIOS INADECUADOS- CON INGESTA FRECUENTE DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y BAJAACTIVIDAD FÍSICA. NIEGA CAMBIOS RECIENTES EN EL APETITO- PERO REFIERE FATIGA FRECUENTE Y DIFICULTAD PARA REALIZARACTIVIDAD FÍSICA. NO REFIERE CEFALEA- PALPITACIONES NI ALTERACIONES EN EL S UEÑO. NO ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDIS MO NIDIABETES CONOCIDA. SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RES ULTADO DE 40.82 KG/M²- COMPATIBLECON OBESIDAD TIPO III. SE BRINDA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SE REALIZA REFERENCIA A NUTRICIÓN. NO SE AGENDAN EXÁMENESDE LABORATORIO PUESTO QUE YA SE ENCUENTRA LA AGENDA DEL TIPO C LLENA. ADICIONALMENTE- EL PACIENTE MANIFIESTA SENTIRFATIGA EXCESIVA- AUMENTO DE PESO NO EXPLICADO- Y SENSACIÓN DE FRÍO A MENUDO- AUNQUE SE ENCUENTRA EN UN AMBIENTECÁLIDO. HA NOTADO PIEL SECA Y CABELLO ROTO Y DELGADO. SE QUEJA DE ALTERACIONES MENSTRUALES. NO HA PRESENTADOALTERACIONES EN S U ÁNIMO- NI DIFICULTAD EN LA MEMORIA. SE SOLICITA PRUEBAS DE HORMONAS TIROIDEAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RES ULTADO DE 40.82 KG/M²-

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Obesidad Debida A Exceso De Calorias	E660		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-24	10:08	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1709823288				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO		

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA
--

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	