

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAREJA	ANDRADE	JONAS ESTEFANO	13	10	2020	4 años, 4 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0964586150	MANABI	CHONE	CONVENTO	PEDRO VERA FAULA y	098-152-3632 /
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	0964586150	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2025	03	11
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 MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. FAMILIAR NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA. AL MOMENTO AFEBRIL, COLABORADOR, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER NORMAL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO C/SPS VENTILADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. SE SOLICITA EXÁMENES DE LABORATORIO. MEDIDAS GENERALES, ASesoría EN NUTRICIÓN, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, ASEO DIARIO, REFERENCIA A SERVICIO DE NUTRICION POR OBESIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON OBESIDAD IMC 24.3 AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE NUTRICION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	E669		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-03-11	10:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

