

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	ZAMBRANO	GLEND TERESA	01	07	1972	53 años, 1 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309047494	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMARETA y	098-681-8987 /
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	1309047494	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2025	08	06
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 FEMENINA QUE PRESENTA OBESIDAD DESDE HACE VARIOS AÑOS, CON AUMENTO PROGRESIVO DEL PESO CORPORAL. REFIERE HÁBITOS ALIMENTICIOS INADECUADOS, CON INGESTA FRECUENTE DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y BAJA ACTIVIDAD FÍSICA. NIEGA CAMBIOS RECIENTES EN EL APETITO, PERO REFIERE FATIGA FRECUENTE Y DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. NO REFIERE CEFALEA, PALPITACIONES NI ALTERACIONES EN EL SUEÑO. NO ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO NI DIABETES CONOCIDA. SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RESULTADO DE 31.21 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD TIPO I. SE INDICAN EXÁMENES DE LABORATORIO PARA EVALUACIÓN METABÓLICA Y SE BRINDA CONSEJERÍA NUTRICIONAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REF. A NUTRICIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	E660		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	13:34	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-08-06	13:34	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	