

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CORRAL           | INTRIAGO         | PABLO ALEJANDRO | 19                  | 09  | 1993 | 32 años, 0 meses, 11 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1309973384        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PUEBLITO RIO GRANDE y        | 095-892-8136 /       |
| 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                 | 1309973384      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Nutrición    | 2026  | 04  | 23  |
| 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

☐

VALORACIÓN INTEGRAL POR NUTRICIÓN

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE HIPERTENSO ACUDE A CONSULTA MENSUAL CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADO CON LOSARTAN 100MG CADA DIA, ADEMS TOMA MAGALDRATO MAS SIMETICONA. POR PROBLEMAS GASTRICOS, APF DE DIABTES Y HTA. PRESENTA UN IM DE 37.90 CON UN DIAGNOSTICO DE OBESIDAD III, TEST DE FINDRISK 16.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     |                                                                                                                                                                                            |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-04-23 | 15:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 | <br>Firmado electrónicamente por:<br>MARIA GORETTI<br>MOREIRA SANCHEZ<br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 completad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-23 | 15:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ | 1308622487 |       |