

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORRAL	INTRIAGO	PABLO ALEJANDRO	19	09	1993	32 años, 9 meses, 5 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	06	24
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	☐	PACIENTE SON SÍNDROME METABOLICO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE HIPERTENSO ACUDE A CONSULTA CON APP DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADO CON LOSARTAN 100MG Y AMLODIPINO 5MG CADA DIA, SE OBSERVA MEJORÍA VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL NUEVAMENTE ELEVADOS DEBIDO A QUE SE LE DIFICULTA EL ADQUIRIR EL MEDICAMENTO ANTIHIPERTENSIVO, EN VALORES DE PRESION ARTERIAL CON LA MODIFICACIÓN DE ES QUEMA, PACIENTE QUE MANTIENE OBESIDAD III, CON COMPLICACIONES AÑADIDAS COMO ALTERACIONES EN LA GLUCOSA Y TRANSAMINASAS, SE REQUIERE EVALUACIÓN DE ESPECIALIDAD PARA ANALIZAR PACIENTE CANDIDATO A CIRUGÍA PARA MEJORAR SU PESO.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN EXAMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO METABOLICO, NO ESPECIFICADO	E889		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	10:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

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