

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PIN	MARJORIE ALEXANDRA	22	02	1983	41 años, 11 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310403793	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-953-3595 /
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	1310403793	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2025	02	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 41 AÑOS, APP: EPILEPSIA CON TTO ÁCIDO VALPROICO Y LEVETIRACETAM NO TOMA HACE 2 SEMANAS, HTA EN TTO CON LOSARTAN 50 MG REFIERE NO TOMAR HACE 2 MESES, DM2 CON TTO METFORMINA DE 500 MG REFIERE NO TOMAR HACE 2 MESES. PACIENTE ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR SANGRADO IRREGULAR VAGINAL ESCASO HACE 2 MESES, PACIENTE ACUDE CON SU MADRE, QUIEN REFIERE QUE PACIENTE TUVO CÁNCER DE ÚTERO HACE 20 AÑOS REFIERE HABER RECIBIDO RADIOTERAPIA, MADRE DA LA INFORMACIÓN YA QUE PACIENTE REFIERE AVECES PROBLEMAS DE MEMORIA POR SU PATOLOGÍA ACTUAL. TAMBIÉN REFIERE METEORISMO DE 2 MESES Y MEDIO. REFIERE HABER TENIDO 3 CRISIS LA SEMANA PASADA, ESTA EN SEGUIMIENTO CON NEUROLOGÍA TIENE CITA EL 22/02/25 . EXAMEN FÍSICO NORMAL, LEVE METEORISMO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OBESIDAD TIPO III. NUMERO DE TELEFONO: 0969533595

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	11:55	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-02-07	11:55	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

