

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ROSADO	KENYA BRIZEIDA	21	04	1987	37 años, 10 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312021619	MANABI	CHONE	SANTA RITA	POTRERILLO y	099-657-5432 / (99)-999-9999
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	1312021619	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Nutrición	2025	03	14
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 DE 37 AÑOS, APP MIGRAÑA (TOPIRAMATO 25 MG DIARIOS PM), DISLIPIDEMIA (SIMVASTATINA 40 MG VO QD), AQX: LIGADURA, ALERGIAS NO REFIERE, AG4 P3 A1 HV3 (26/08/2010). FUM: 04/03/2025. PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO CEFALEA EN REGIÓN OCCIPITAL DE MODERADA INTENSIDAD EVA 6/10. SE ACOMPAÑA DE PALPITACIONES, MAREO, FATIGA Y TINNITUS. EN CONSULTORIO PRESIÓN ARTERIAL DE 131/94, POR LO CUAL SE ENVÍA CARTILLA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN CASA Y CONTROL SUBSECUENTE PARA REVISIÓN. ADEMÁS, PRESENTA DOLOR LUMBAR INTENSO DE INICIO INSIDIOSO, LOCALIZADO EN FLANCO DERECHO, DE CARÁCTER CÓLICO, SIN IRRADIACIÓN. EL DOLOR SE ACOMPAÑA DE NÁUSEAS Y DISURIA, SIN FIEBRE NI VÓMITOS. SE INDICA ECOGRAFÍA RENAL (AGENDADA PARA EL 30/04 EN TIPO C). SUMADO A ELLO, SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RESULTADO DE 34.23 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD TIPO I. SE INDICAN EXÁMENES DE LABORATORIO PARA EVALUACIÓN METABÓLICA (AGENDADOS EN TIPO C), SE BRINDA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y REFERENCIA A NUTRICIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RESULTADO DE 34.23 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD TIPO I.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-14	05:36	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
2025-03-14	05:36	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

