

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	ZAMBRANO	ANGEL ALEXANDER	02	08	1995	29 años, 7 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313295220	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LAS ORQUIDEAS y	096-851-7997 /
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	1313295220	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Nutrición	2025	03	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 MASCULINO DE 29 AÑOS, APP NO REFIERE, AQX NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, APF MADRE OSTEOPOROSIS, ABUELA PATOLOGÍA CARDIACA (NO CONOCE CUÁL). PACIENTE REFIERE PRESENTAR CEFALEA DE INICIO SUBAGUDO DE 9 DÍAS DE EVOLUCIÓN, DOLOR DE INTENSIDAD SEVERA, DE TIPO PULSÁTIL, LOCALIZADO EN REGIÓN OCCIPITAL, SIN IRRADIACIÓN, NIEGA FOTOFOBIA, FONOFOBIA, Náuseas, VÓMITOS, LAGRIMEO. NIEGA FACTORES DESENCADENANTES. SE ACOMPAÑA DE PALPITACIONES, MAREO, FATIGA Y TINNITUS. SE ENVÍA CARTILLA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN CASA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

IMC DE 34

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-06	10:59	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 clínico

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
2025-03-06	10:59	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	