

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	MACAY	ANTONELLA ELIZABETH	27	02	1992	33 años, 11 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313897447	MANABI	CHONE	RICAUARTE	PIEDRA AZUL y	098-671-2466 /
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	1313897447	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2026	02	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 FEMENINA DE 33 AÑOS ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA REVISIÓN DE LABORATORIOS SOLICITADOS EN CONSULTA ANTERIOR; COMO ANTECEDENTES, LA PACIENTE TIENE DIABETES MELLITUS TIPO 2 MAL CONTROLADA Y EN SUS LABORATORIOS SE OBSERVA UNA HEMOGLOBINA GLICOSILADA DE 7% POR LO QUE SE RECOMIENDA UN MONITOREO MÁS ACTIVO Y SE HACE REFERENCIA PARA ASESORÍA Y PLAN DE DIETA EN SEGUNDO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CREATININA: 0.5 MG/DL TRIGLICERIDOS: 178 MG/DL EMO (UROANALISIS DE RUTINA): EMO: Color Amarillo Aspecto Lig Turbio PH 6 Densidad 1.020 Proteínas Negativo Glucosa Negativo Cuerpos Cetónicos Negativo UREA: 18 COLESTEROL TOTAL: 156 MG/DL HEMOGLOBINA GLICOSILADA: 7%

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-06	18:12	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-02-06	18:12	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	