

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	TUAREZ	EMILY NAYELI	18	11	2002	22 años, 7 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314994235	MANABI	CHONE	CONVENTO	AV ATAHUALPA y CONJ ROSITA PAREDES	098-684-8825 / (05)-302-8665
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	1314994235	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2025	07	17
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 FEMENINO DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO APP DMT2 TOMA METFORMINA CADA 12 HORAS AL MOMENTO CON INCREMENTO EXESIVO DE PESO IMC 35.6 ASINTOMÁTICO, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EXAMEN FISICO NORMOCEFALO, MUCOSAS HÚMEDAS, ORO-FARINGE HIPERÉMICA, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, CSPS VENTILADOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. MEDIDAS GENERALES, SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE NUTRICION ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 60 MIN, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON OBESIDAD AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-17	15:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-07-17	15:05	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	