

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	FREIRE	YUSSLEIDY LIZBETH	22	11	1998	26 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315978013	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUNTA Y FILO y	096-318-7033 /
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	1315978013	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	08	22
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

☐

SOBREPESO / MIGRAÑA / ANSIEDAD

3. Resumen del cuadro clínico

SE VUELVE A ENVIAR PACIENTE PARA PSICOLOGÍA, LA VEZ PASADA SI ACUDIÒ A CITA, PERO EN ESTADISTICA HUBO UN ERROR Y A PESAR DE ESTAR EN SISTEMA NO LA DEJARON PASAR POR, SE TRATA DE PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR ANSIEDAD GENERALIZADA Y CUADROS MIGRAÑOSOS , EN SEGUIMIENTO CON PSICOLOGIA DE MANERA PARTICULAR HA PRESENTADO MENOS CRISIS DE MIGRAÑA LA ULTIMA INTENSA POSTERIOR A CARGA LABORAR Y TRABAJOS POR PRESENTAR, DE AHÌ EN ADELANTE CUADROS LEVES CADA 15 DÍAS, AL MOMENTO 1 CRISIS DE ANSIEDAD POR MES, ANTERIORMENTE 2 CADA SEMANA. AGENDADO POR PHUYU PARA EL VIERNES 26 DE SEPT AUMENTO DE PESO DESDE HACE 4 MESES, 2 KG SE ENVIA PARA NUTRICIÓN, NO SE ACONSEJA EL USO DE MEDICAMENTOS ORALES PARA OBESIDAD POR TRASTORNOS PSIQUIATRICO. REFIERE ADEMÁS SOMNOLIENCIA HASTA LAS 9 AM, DESDE HACE UN PAR DE MESES, SE BAJA DOSIS DE FLUNARIZINA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-22	13:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-08-22	13:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	