

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PARRAGA	LEYDI JAHAIRA	12	09	1992	32 años, 5 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316002953	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV. CARLOS ALBERTO ARAY	098-672-7988
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	1316002953	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición	2025	03	09
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS, APP HTA (LOSARTÁN 50 MG VO QD). AQX: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. AG5 P4 A1 HV3 HM1. ÚLTIMO PARTO 11/12/2015. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR SOBREPESO DESDE HACE VARIOS AÑOS, CON AUMENTO PROGRESIVO DEL PESO CORPORAL. REFIEREN HÁBITOS ALIMENTICIOS INADECUADOS, CON INGESTA FRECUENTE DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y BAJA ACTIVIDAD FÍSICA. NIEGA CAMBIOS RECIENTES EN EL APETITO, PERO REFIERE FATIGA FRECUENTE Y DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. REFIERE CEFALEA HOLOCRANEANA DE MODERADA INTENSIDAD, SE ENVÍA CARTILLA DE MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN CASA. NO REFIERE PALPITACIONES NI ALTERACIONES EN EL SUEÑO. NO ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO NI DIABETES CONOCIDA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RESULTADO DE 42.18 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD TIPO III. SE INDICAN EXÁMENES DE LABORATORIO PARA EVALUACIÓN METABÓLICA Y SE BRINDA CONSEJERÍA NUTRICIONAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-09	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 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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-09	10:59	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	