

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	SOLORZANO	DANIELA ALEJANDRA	06	03	2011	13 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317067583	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA SAN VICENTE y ENTRADA A LOS GUASMO	0984197152
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	1317067583	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición Clínica	2024	08	12
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

ADOLESCENTE QUE ACUDE JUNTO A SU PADRE A CONTROL DE SALUD, REFIERE FAMILIA NUCLEAR, NO RIESGO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO E ALCOHOL O SUSTANCIAS, NO TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA, REFIERE BUEN APETITO, ESTADO DE ANIMO ALEGRE. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA SIN NOVEDAD, CHARLA SOBRE PROYECYO DE VIDA Y ANTICONCEPTIVOS, ADEMAS REFIERE SESACION DE PRESION A NIVEL DEL CUELLO EN REGION TOROIDEA, MAS ACENTUADO AL DEGLUTIR, CUADRO DE AL MOMEMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL ACTIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ENDOCRINOLOGIA: TSH 4.40, T3: 149, T4:1.20

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-12	15:23	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2024-08-12	15:23	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	