

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	4443	CS ROCAFUERTE	B	1317599320						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
BASURTO	MONTES	YUSDARY	MICHELLE	F	5/3/2010	14				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
989700336	MSP		X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE								
			1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					
			4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la					
			5. Problemas de infraestructura.		cartera de servicios					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	NUTRICION

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON APP DE OBESIDAD Y RESISITENCIA A LA INSULINA, ACUDE A LA CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CONTROL DE PATOLOGIA DE BASE, LA CUAL REQUIERE UN SEGUIMIENTO POR NUTRICION DEBIDO A SUS ANTECEDENTES PATOLOGIA PERSONAL, PACIENTE DE MOMENTO REFIERE QUE DIFICULTAD EN SUS TAREAS DIARIAS, COMO DOLORES ARTICULARES Y DISNEA AL REALIZAR ALGUN ESFUERZO FISICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

INSULINA BASAL 36,05

HOMA-IR 7,38

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL METABOLISMO	E888		X	4.			
2.	OTROS TIPOS DE OBESIDAD	E668		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13/3/2025	14:30	SAMUEL	MIRANDA	LOOR
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1316178936				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA							

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	