

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PEÑARRIETA       | VELASQUEZ        | KIMBERLYN ANAHI | 17                  | 06  | 2009 | 15 años, 8 meses, 22 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351358096        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | LA FLORESTA y SN             | 098-301-7659 / (00)-000-0000 |
| 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                 | 1351358096      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | CHONE                    | Consulta externa | Nutrición    | 2025  | 03  | 11  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ADOLESCENTE DE 15 AÑOS 8 MESES DE EDAD, ACUDE A CONTROL JUNTO A SU MADRE. SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, MADRE NIEGA FIEBRE, NÁUSEA, VÓMITO, MALESTAR GENERAL, FALTA DE APETITO, DECAIMIENTO U OTRAS DOLENCIAS. EXAMEN FÍSICO NORMAL. ESCALA DE TANNER: IV. SE ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD, BUENA TOLERANCIA, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD (TRAE CARNET). DATOS ANTROPOMÉTRICOS: GANANCIA DE TALLA ACORDE A LA EDAD, SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RESULTADO DE 31.59 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD TIPO I. SE BRINDA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SE INTERCONSULTA A NUTRICIÓN. SE REALIZA EXAMEN DE LABORATORIO CON EVIDENCIA DE ANEMIA LEVE POR LO CUAL SE INDICA TRATAMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: COLESTEROL 136, TRIGLICÉRIDOS 99, AST 15, ALT 32 SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: LEUCOCITOS 7.57, NEUTRÓFILOS 51.6%, LINFOCITOS 37.2%, HEMATOCRITO 36, HEMOGLOBINA 10.8, VCM 73, HCH 73, PLAQUETAS 381 UROANÁLISIS: COLOR AMARILLO, ASPECTO TURBIO, DENSIDAD 1025, PH 6, EL RESTO NEGATIVO, CÉLULAS EPITELIALES 6-9 XC, LEUCOCITOS 3-5 XC, HEMATÍES 2-3 XC., BACTERIAS ++, FILAMENTO MUCOSO ++

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-11 | 13:01 | 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 le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-11 | 13:01 | Medicina Rural | GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO | 1314646496 |       |

