

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	ALCIVAR	KIMBERLY SAHARAY	20	10	2015	9 años, 8 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352221129	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-754-9313 /
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	1352221129	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	07	18
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

PACIENTE DE 9 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE CON MADRE POR CONTROL MEDICO, MADRE REFIERE RINORREA DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDAD. REFIERE LLEVAR SEGUIMIENTO CON NUTRICIÓN, PERO PERDIÓ EL ULTIMO CONTROL. AL EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA. ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OBESIDAD. NUMERO: 0987539313

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	E669		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	11:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-07-18	11:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	