

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ZAMBRANO	ALEXANDER DAVID	11	02	2020	4 años, 11 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353324575	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA 9 DE OCTUBRE y	098-037-6745 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353324575	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	02	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAI DO POR SU MADRER POR CONTROL. MADRE NO REIFERE SINTOMATOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. REFIERE ALIMENTACIÓN VARIADA, DIURESIS Y DEPOSICIONES CONSERVADAS. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO. SE EVIDENCIA PESO MUY ELEVADO PARA LA EDAD. 0980406815

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD CON PESO MUY ELEVADO PARA LA EDAD, IMC DE OBESIDAD, SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	10:21	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-02-05	10:21	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	