

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres             | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| NAVARRETE        | ACOSTA           | PIERINA AUXILIADORA | 25                  | 05  | 1985 | 39 años, 9 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                     | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1719413674        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | AV CARLOS ALBERTO ARAY y     | 098-687-7613 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1719413674      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | CHONE                    | Consulta externa | Nutrición    | 2025  | 03  | 13  |
| 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 FEMENINA DE 39 AÑOS, APP ARTROSIS, AQX LIGADURA, ALERGIAS NO REFIERE, APF PADRE HTA, ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS G4 P4 HV3 HM1. PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO DOLOR TIPO CÓLICO EN EPIGASTRIO, DE MODERADA INTENSIVA EVA 6/10, SE ACOMPAÑA DE Náuseas, Pérdida de apetito, SENSACIÓN DE SACIEDAD. SE CATALOGA COMO CUADRO DE GASTRITIS, POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR TRATAMIENTO. ADEMÁS, PACIENTE QUE PRESENTA FATIGA, INTOLERANCIA AL FRÍO, AUMENTO DE PESO, PIEL SECA, CAÍDA DEL CABELLO Y ESTREÑIMIENTO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN. NIEGA DISMINUCIÓN DE LA MEMORIA Y DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA PIEL FRÍA Y SECA, ADEMÁS DE REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS DISMINUIDOS CON RELAJACIÓN LENTA. SE SOLICITAN PRUEBAS DE FUNCIÓN TIROIDEA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA. ADEMÁS, PRESENTA OBESIDAD DESDE HACE VARIOS AÑOS, CON AUMENTO PROGRESIVO DEL PESO CORPORAL. POR OTRO LADO, REFIERE Hábitos alimenticios inadecuados, con ingesta frecuente de alimentos ultraprocesados y baja actividad física. PRESENTA FATIGA FRECUENTE Y DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA. SE REALIZA CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON RESULTADO DE 35.51 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD TIPO II. SE BRINDA CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SE REALIZA REFERENCIA A NUTRICIÓN. TAMBIÉN, PRESENTA DOLOR PÉLVICO CRÓNICO QUE SE ACOMPAÑA DE AMENORREA SECUNDARIA DE 3 AÑOS. EL DOLOR ES INTERMITENTE, NIEGA SANGRADOS. SE SOLICITA EXAMEN DE IMAGEN PARA DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. POR ÚLTIMO, PACIENTE CON HISTORIAL DE DOLOR ARTICULAR CRÓNICO EN ARTICULACIONES MAYORES DE INICIO GRADUAL Y EMPEORAMIENTO PROGRESIVO DE SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, MEJORA EN REPOSO. NIEGA RIGIDEZ MATUTINA, NO HAY SIGNOS DE INFLAMACIÓN NI HISTORIAL DE TRAUMATISMOS. SE ENVÍA A REUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

IMC DE 35.51 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD TIPO II

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-13 | 09:03 | 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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-03-13 | 09:03 | Medicina Rural | GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO | 1314646496 |       |