

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZ	BARRE	EUGENIA VALENTINA	27	11	2000	24 años, 9 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	1350554083	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	095-960-6178 /
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	1350554083	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	09	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 MULTIPARA DE 24 AÑOS DE EDAD AGO: G3 P0 A1 C2 HV1 HM1, GESTANTE DE 33,1 SG SEGÚN ECOGRAFIA DEL 05/05/2025 CON 13.5 SG. Y 32,2 SG SEGUN FUM: 04/02/2025, ACUDE CON LABORATORIO REALIZADO EL 19/08/2025 REPORTADO EN SISTEMA. LE REALIZAN ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL EL 20/08/2025 DE LA CUAL NO SE TIENE INFORME PERO PACIENTE REFIERE LE COMUNICARON QUE ESTABA TODO BIEN.PACIENTE TUVO CITA CON GINECOLOGIA EL 27/08/2025 EN HOSPITAL, REFIERE MEDICO TRATANTE NO LE DA CITA SUBSECUENTE Y LE INDICA QUE DEBE ACUDIR AL CENTRO DE SALUD A SU CONTROL PRENATAL PARA REALIZARSE NUEVA REFERENCIA PARA PROGRAMAR CESAREA. PACIENTE REFIERE HACE 2 DÍAS POR EMERGENCIA DEL HOSPITAL POR DOLOR PELVICO, REFIERE QUE LE INDICAN QUE TIENE INFECCION GENITAL, LE DAN DE ALTA Y PREESCRIBEN CLOTRIMAZOL 500 MG OVULOS X 7 DÍAS DURANTE LA NOCHE. // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, PACIENTE REFIERE ACUDIR A SU CITA CON GINECOLOGIA EN DONDE LE SOLICITARON EXAMENES Y ECOGRAFIA PROXIMO CONTROL EL 27/08/2025, MENCIONA QUE HACE UNA SEMANAS PRESENTO SINTOMAS DE DISPEPSIA, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA, NO DISPAREUNIA. // ESTADO NUTRICIONAL INICIAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 5 PUNTOS = 7 MUY ALTO (ABORTO, PIG >5, CUP, SOBREPESO, MORTINATO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: 29/07/2025: HB: 11,5 // HTO 32,9 // PLAQUETAS 278 // NEU 75,1 // LINF 17,2 // TORCH IGM: NEGATIVO, // TORCH IGG: TOXO NEG, RUBEOLA POSITIVO, CITOMEGALOVIRUS POSITIVO, HERPES 1 POSITIVO, HERPES 2 NEGATIVO // GLUCOSA 75,5 // COLESTEROL 277,8 // TRIGLICERIDOS 267 // ACIDO URICO 2,15 // CREATININA 0,81 // TGO 34,80 // TGP 27 // UROANALISIS: NO PATOLOGICO. OTROS ANALISIS: 19/08/2025: UREA:15,1 // BUN: 7,06 // CURVA DE TOLERANCIA 75 GR; GLUCOSA BASAL: 88, GLUCOSA 1 HORA: 124, GLUCOSA 2 HORAS: 114 // CHAGAS TEST RAPIDO: NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	O261		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-18	13:36	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
2025-09-18	13:36	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	