



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	Nause	CS	1315093243							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Molina	Chavarria	Belky	Marjorie	M	22-12-2005	19	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
095 908 2740		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130302	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
			5. Problemas de infraestructura.								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Nutricion

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS. APP: NO REFIERE. APF: ABUELO MATERNO HTA. DM II/ APQX: SEPTOPLASTIA/ RINITIS NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. PAPTEST NUNCA. DE IDENTIFICACION ÉTNICA: MESTIZA/ NULIGESTA- NULIPARA- ES ATENDIDA EN TERCER CONTROL DEL EMBARAZO CON 18 SG POR 1ERA ECO/ FUM: 11/02/2025. FPP: 18/11/2025- TRAE LAB REALIZADO 9/05/2025: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4.2 10 ⁶ /PL 4 - 6 HEMOGLOBINA 12.2 G/DL 13 - 17 HEMATOCRITO 35.5/ (VCM) 84.6/ GRUPO SANGUÍNEO A POSITIVO/ GLUCOSA 86.1 MG/DL UREA 17.47 MG/DL CREATININA 0.77 MG/DL COLESTEROL 240.2 MG/DL TRIGLICÉRIDOS 75.9/ EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO COLOR AMARILLO ASPECTO TURBIO DENSIDAD 1015 PH 6.5 EXAMEN MICROSCÓPICO LEUCOCITOS 1 - 3 / CAMPO PIOCITOS 2 - 3 / CAMPO CÉLULAS EPITELIALES 9 - 12 / CAMPO BACTERIAS + CRISTALES DE URATOS AMORFOS ++++/ TOXOPLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLA IGM NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM NEGATIVO HERPES I Y II IGM NEGATIVO/ ECOGRAFIA 28/04/2025: EMBARAZO DE 10.6SG/ FETO UNICO VIVO POSICION TRANSVERSA/ PLACENTA ANTERIOR GRADO I / ILA CANTIDAD NORMAL/ FCF158LPM/ MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS/ FPP: 18/11/2025. COMBS INDIRECTO POSITIVO/ CULTIVO DE ORINA SIN CRECIMIENTO BACTERIANO. FACTORES MODIFICABLES: PESO (50.65 KG) EN LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL. FACTORES NO MODIFICABLES: EMBARAZO ADOLESCENTE- NO PROGRAMADO - FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION INCIERTA- VIVIENDA Y CONDICIONES SANITARIAS DEFICIENTES. SE REALIZA LLENADO DE LIBRETA INTEGRAL DE SALUD. SE DA ASESORIA DE ALIMENTACION SALUDABLE. DIETA RICA EN FRUTA Y VERDURA- LECHE- HUEVO- CARNE- POLLO- PESCADO- FRACCIONADA EN 5 COMIDAS- EVITAR EXCESO DE SAL- FRITOS Y CARBOHIDRATOS- ACTIVIDAD FISICA NO EXTENUANTE- HIGIENE PERSONAL- SALUD BUCAL- ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO PELVICO - VACUNACIÓN SEGÚN ESQUEMA A LAS 20SG CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EDUCACIÓN PRENATAL ? GIMNASIA OBSTÉTRICA - LAVADOS DE MANOS - VECTORES - ASESORIA ITS Y VIH /SE REALIZA TAMIZAJE DEL SEGUNDO TRIMESTRE- CONSEJERIA VIOLENCIA DE GÉNERO- TAMIZAJE VIOLENCIA DE GENERO NEGATIVO. SE RECALCAN SIGNOS DE ALARMA- PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE- CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA- CONSEJERIA ZIKA Y DENGUE. SE ENVIA HIERRO 60MG+AC. FOLICO 400MCG/CALCIO CADA 8H / SE ENVIA A REALIZAR ECOGRAFIA MORFOLOGICA DE LAS 24-28 SG/ / SEGUIMIENTOS SUBSECUENTES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PESO: 50.76

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Aumento Excesivo De Peso En El Embarazo		O260	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-07	06:15	Eyleen	Pesantes	Castro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1316282464				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO		

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	