



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	San Antonio	CS	1350817159							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Quiroz	Salazar	Gilda	Valeria	M	23-04-2008	17	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
093-971-3096 /		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO									
		1. Accesibilidad geográfica.									
		2. Falta de espacio físico.									
		3. Falta de equipamiento.									
		4. Equipos en mal estado.									
		5. Problemas de infraestructura.									
		6. Problemas de abastecimiento.									
		7. Insuficiencia de profesionales.									
		8. Inadecuada capacidad resolutive				X					
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130350									

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 TERCIGESTA DE 29 AÑOS DE EDAD CON 31.3SG SEGÚN FUM DEL 20/01/2025 Y 30.6 SG SEGUN ECOGRAFIA DEL 05/05/2025CON 14.3 SG. ACUDE A S U PRIMER CONTROL PRENATAL EN ESTA UNIDAD DE SALUD - REFIERE HABER TENIDO TODOS S U CONTROLESEN ES MERALDAS- DONDE RESIDIA; SIN EMBARGO- VA A PERMANECER EN CONTROLES EN ESTA UO HASTA S U MOMENTO DEL PARTO.ACUDE CON UNICA ECOGRAFIA REALIZADA EN S U EMBARAZO DEL 05/05/2025 REPORTADA EN SISTEMA. REFIERE NO HABERSEREALIZADO NINGUN EXAMEN DE LABORATORIO DURANTE S U EMBARAZO. REFIERE HABER TENIDO SANGRADO ESCASO LAS PRIMERASSEMANAS DE GESTACIÓN. REFIERE NO TOMAR CALCIO NI ACIDO ACETIL SALICILICO DURANTE EL EMBARAZO. AL MOMENTO PACIENTEESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- ASINTOMATICA. // SE REALIZAANAMNESIS- NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO- NO SECRECIONES VAGINALES- NO DIS URIA- NO DISPAEUNIA.REFIERE NAUSEAS MATUTINAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO // SCORE MAMA: 0 RO: 5 PUNTOS = ALTO (1 EDAD- 1 IMC 27.50- 2HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Aumento Pequeño De Peso En El Embarazo			O261		X	4.					
2.							5.					
3.							6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-01	08:17	Esther	Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311821787				

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	