

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	VARGAS	NAIDALYN NAYELLI	08	05	2001	20 años, 10 meses y 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1208340578	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO	098-626-2570
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	1208340578	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2025	03	24
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 secundigesta de 23 años que cursa gestación de 24.4 semanas de gestacion segun fum del 3-10-24, gestacion 24.3 semanas de gestacion segun ecografia del 23-03-25 que reporta 24.2 seg, acude a consulta por quinto control prenatal; sin compañía. APP: No refiere, APF: abuelo diabetes; Alergias: no refiere; AQ: no refiere. FUM: 03/10/2024 (No confiable); FPP: 10/07/2025, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS:1 P:1 C:0 A:0 PIG:26/08/2021 (SECUNDIGESTA); SCORE MAMA: 0. ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA; PROTEINURIA: NO APLICA.AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, SECRECIONES VAGINALES AMARILLENTAS DESDE HACE 1 MES ACOMPAÑADA DE PRURITO, NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ, FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: TRANSVERSA, ALTURA UTERINA: 24, FCF: 150LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL. TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO: 0 SIN RIESGO OBSTETRICO: BAJO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO OCUPADO POR FETO UNICO VIVO POSICION TRANSVERSO CABEZA NORMOCEFALO CORAZON CUATRO CAMARAS FCF 137LPM ORGANOS INTRAABDOMINALES NORMOCONFIGURADOS CORDON UMBILICAL 3 VASOS 2 ARTERIAS 1 VENA NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDON TEJIDOS OSTEMOSCLAR SIN ALTERACIONES PLACENTA FUNDICA, POSTERIOR, GRADO 1 DE MADURACION, LIQUIDO AMNIOTICO SUFICIENTE PARA EDAD GESTACIONAL, ILA 10.84 CM, PESO 750G, EMBARAZO DE 24.2 SEMANAS DE GESTACION. ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO, SEXO MASCULINO POSICION CEFALICO DORSO LATERAL DERECHO CABEZA NORMOCEFALO, CORAZON 4 CAMARAS FCF 130 LPM ORGANOS INTRAABDOMINALES NORMOCONFIGURADOS, PLACENTA FUNDICA ANTERIOR GRADO 1 DE MADURACION LIQUIDO AMNIOTICO SUFICIENTE PARA EDAD GESTACIONAL, ILA 12.83 CM PESO 2098 G EMBARAZO DE 31.1 SEMANAS DE GESTACION POR BIOMETRIA FETAL FPP 13-8-25 URONALISIS: VOLUMEN NO ASPECTO FLUIDO TURBIO COLOR AMARILLO PALIDO OLOR SUI GENERIS ALBUMINA POSITIVO PROTEINAS POSITIVO 30MG PH 7 NEUTRA HEMOGLOBINA POSITIVO DENSIDAD 1005 LEUCOCITOS 60 POR CAMPO HEMATIES 6 POR CAMPO CELULAS EPITELIALES 30 POR CAMPO BACTERIAS ++ HONGO NO OTROS NO CRISTALES NO HEMATIES 6 POR CAMPO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-24	09:24	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-03-27	09:16	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	