

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	CEVALLOS	MARIA JOSEFA	18	03	1988	37 años, 10 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310929367	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUNTA Y FILO y	098-114-6261 /
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	1310929367	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2026	01	26
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	POCA GANANCIA DE PESO EN EMBARAZO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD, SECUNDIGESTA GESTANTE FUM DEL CONFIABLE 24 /10/2025. ACUDE CON ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DEL 23/12/2025 CON 9.0 CUENTA AL MOMENTO CON 13.6 SG . ACUDE A SU CONTROL PRENATAL . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA, NO REFIERE SANGRADOS . PACIENTE ACUDE SIN EXAMENES SOLICITADOS EN ATENCIÓN PREVIA, ECOGRAFIA REPORTADA EN SISTEMA . ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO I / SCORE MAMA: 0 RO: 5 ALTO (PERIODO INTERGENISICO >5 AÑOS , OBESIDAD TIPO IMC >30, GESTANTE >35 AÑOS)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0981146261

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	10:16	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-01-26	10:16	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

