

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VEGA	MINAYA	NANCY VERONICA	03	08	1993	31 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312582925	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y	099-109-6021 /
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	1312582925	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	07	10
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 MULTÍPARA DE 31 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P2 A0 C0 HV2 HM0, (ÚLTIMO 03/03/2019) PRIMERA RELACION SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGÍAS: 2, MENARQUIA: 11 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO // APP: HERNIA UMBILICAL HACE 6 AÑOS // APQX: NO REFIERE // APF: DIABETES MELLITUS (ABUELA MATERNA) // GESTANTE DE 19.1 SEGUN ECOGRAFÍA DEL 08/05/2025 CON 10.1 SG Y 19.6 SG SEGÚN FUM DEL 21/02/2025. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE CON ECOGRAFÍA REALIZADA EL 08/07/2025 QUE REPORTA: EMBARAZO DE 19.2 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA, FETO ÚNICO, CINÉTICA NORMAL, PRESENTACIÓN CEFÁLICO. LATIDOS CARDÍACOS FETALES 152X. PLACENTA DE INSERCIÓN ANTERIOR GRADO 0 DE MADURACIÓN. ILA: 12CM ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL. PESO FETAL DE 289G ACORDE A EDAD GESTACIONAL. HUESO NASAL NORMAL MIDE 5.2MM / LABIOS Y NARIZ NORMALES. TRACTOS DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDÍACOS EXAMINADO EN MODO B. VENTRÍCULOS CEREBRALES NORMALES. ACUDE SIN NUEVOS EXAMENES DE LABORATORIO. TUVO CITA CON GINECOLOGÍA EL 10/06/2025, TIENE TURNO SUBSECUENTE EL 12/08/2025. PACIENTE REFIERE ACUDIR A EMERGENCIAS EN EL HOSPITAL ANOCHE POR DOLOR EN HEMICINTURON DERECHO QUE SE ACOMPAÑABAN DE NAUSEAS QUE LLEGAN AL VOMITO EN NUMERO DE 5, REFIERE QUE LE REALIZAN EXAMENES DE SANGRE, NO REALIZAN EXAMEN DE ORINA, RECIBE HIDRATACIÓN IV Y LE PREESCRIBEN AMOXICILINA 500 MG CADA 8 HORAS X 7 DÍAS E IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS X 3 DÍAS. SE SIGUIERE A PACIENTE EN CONSULTA SUSPENDER IBUPROFENO Y EN CASO DE DOLOR SOLO PARACETAMOL. PACIENTE REFIERE MEJORIA DE SUS SINTOMAS, YA NO REFIERE DOLOR, NO NAUSEAS, NO VOMITO, NO SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDAD. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA, NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO PRURITO, NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HÚMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATÍAS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACIÓN: INDETERMINADA, AFU: NO VALORABLE, FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. // ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD / SCORE MAMA: 0 RO: 4 PUNTOS = ALTO (1 PIG >5, 3 IMC >30.)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GANANCIA INADECUADA DE PESO. NUMERO: 0991096021 // 0996024552

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-10	08:45	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 clínico

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
2025-07-10	08:45	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	