

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALVATIERRA	QUIJIJE	NATASHA NOHEMY	24	01	2001	24 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313524843	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	POTRERILLO y	096-958-3489 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313524843	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2025	02	25
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

GESTANTE PRIMIGESTA NULIPARA ACUDE A CONTROL PRENATAL CURSANDO EMB D 32.3 SG POR FUM, AL MOMENTO DE BUEN ESTADO GENERAL, ASINTOMATICA AFEBRIL, SCORE MAMAMA O, RIESGO OBSTETRICO BAJO CON PREVENCION DE PRECLAMPSIA POR IMC >25 Y PRIMER EMBARAZO, ACUDE CON ECOGRAFIA 24/2/2025 EMB DE 32SG, FETO UNICO VIVO DE PRESENTACION CEFALICO, FCF 135LPMIN, PLACENTA ISERCION POSTERIOR GRADO 2 MADURACION, ILA 15CM, PESO FETAL 1894GR, HUESO NASAL 10MM, VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES, DBP 79MM, CIRCULAR DE CORDON SIMPLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GANANCIA EXCESIVA DE PESO EN EL EMBARAZO VALORACION POR NUTRICION

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	Z340		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	10:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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