

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOZA	ZAMBRANO	GINGER PAMELA	05	09	2000	24 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313605493	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO FRENTE A LA GUARDERIA y	096-824-0212 /
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	1313605493	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	06	16
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 24 AÑOS DE EDAD AGO: G1 P0 A0 C1 HV1 HM0 (ÚLTIMO HACE 28/02/2021), PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 14 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: INYECTABLES DURANTE 8 AÑOS, SUSPENDE HACE 4 MESES // APP: NO REFIERE //APQX: CESÁREA (1)// APF: PAPÁ EPILEPSIA // AA: NO REFIERE//FUM NO CONFIABLE// GESTANTE DE 13.4 SG SEGÚN ECOGRAFÍA DEL 05/05/2025 CON 18SG. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE CON ECOGRAFIA DEL 10/6/25 QUE REPORTA EMBARAZO DE 17 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA, FETO ÚNICO, CINÉTICA NORMAL, PRESENTACIÓN PODÁLICO LATIDOS CARDIACOS FETALES 142X PLACENTA DE INSERCIÓN ANTERIOR FUNDAL, GRADO 0 DE MADURACIÓN. ILA: 10CM (ILA NORMAL 5 - 25CM) PESO FETAL 179GRAMOS DOPPLER DE ARTERIA UTERINA DERECHA MUESTRA LA AUSENCIA FISIOLÓGICA DEL NOCTH PROTODIASTÓLICO / DOPPLER DE ARTERIA UTERINA IZQUIERDO MUESTRA LA PRESENCIA FISIOLÓGICA DEL NOCTH PROTODIASTÓLICO CARA FETAL EXAMINADA EN VISTA 4D, FONTANELAS VISTA EN 3D CERVIX: NORMAL HUESO NASAL NORMAL MIDE 4MM DUCTUS VENOSO NORMAL CÁMARAS CARDÍACAS EXAMINADAS CON DOPPLER COLOR VENTRÍCULOS CEREBRALES NORMALES DOPPLER DE VÁLVULA TRICÚSPIDE FETAL NORMAL EXAMENES DE LABORATORIO HB: 13.2 PLQ 414 GB: 12.78 NEUTROFILOS 8.81, GLUCOSA 80.8 COLESTEROL 238 TRGILICERIDOS 135 UREA 15.9 CREATININA 0.65 TGO 22 TGP 32 TOXOPLASMA IGM E IGG NEGATIVO EMO NO PATOLOGICO APARTE TRAE ECOGRAFIA ABDOMINAL // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS. MANIFIESTA QUE HACE 3 DIAS ACUDIO AL HOSPITAL POR CEFALEA HOLOCRAEANA ESPORADICA DE MODERADA INTENSIDAD LE APLICARON PARACETAMOL IV Y MANIFIESTA QUE ESE DIA TUVO LA PRESION ELAVADA 143/ NO RECUERDA LA DIASTOLICA // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA AL MOMENTO DE LA CONSULTA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, 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: INDETERMINADA, AFU: NO VALORABLE, FCF: NO VALORABLE. DOLOR A LA PUÑOPERCUSIÓN BILATERAL. NO SE EVIDENCIAN SECRECIONES VAGINALES AL TACTO VAGINAL, OCE CERRADO. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD / SCORE MAMA: 0 RO: 5 PUNTOS = ALTO (OBESIDAD, CUP)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	K760	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-16	08:45	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2025-06-16	08:45	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	