

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	QUIROZ	ELSA YADIRA	01	10	1997	27 años, 5 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	1313739425	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-011-6054 /
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	1313739425	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	03	12
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 NULIPARA DE 27 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P0 A0 C1 HV1 HM 0, PI: 6 AÑOS, PRIMERA RELACION SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 6, MENARQUIA: 15 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: SI, ANTECEDENTES ANTICONCEPTIVOS: IMPLANTE SUBDERMICO DE 3 AÑOS, ANTICONCEPTIVO INYECTABLE SOLO PROGESTERONA // APP: ESTREÑIMIENTO CRÓNICO // APQX: CESAREA HACE 7 AÑOS // ALERGIAS: PICADA DE INSECTO (MAS GRAVE CON PICADA DE GARRAPATA) // APF: HTA (PAPA), CANCER DE PIEL (MAMA) DM (ABUELOS MATERNOS) // LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: CABECERA DE BARQUERO, REFERENCIA: A 500 METROS DE LA ESCUELA MARIA MENENDEZ. TIPO DE SANGRE: AB +. (TRAE CARNET CRUZ ROJA), SEGURO: NO, NUMERO CELULAR: 0960116054, NUMERO DE CONTACTO: 0960296696 (MAMA, ELSA QUIROZ). GESTANTE DE 8,6 SG SEGÚN FUM DEL 09/01/2025. ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL SOLO CON EXAMEN DE LABORATORIO DEL 24/02/2025 DE EMBARAZO POSITIVO, ACUDE SIN ECOGRAFÍA. PACIENTE REFIERE CAIDA HACE UN MES, REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES BLANCA-AMARILLOSA, PRURITO, OLOR FETIDO, DISURIA, PACIENTE TAMBIEN REFIERE HEMORROIDES EXTERNAS DE LARGA DATA// 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. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 2 (DIASTOLICA BAJA) RO: 2 PUNTOS= BAJO (HERMANA PREECLAMPSIA). SE ENTREGA LIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BAJO PESO. NUMERO CELULAR: 0960116054

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	15:28	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 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
2025-03-12	15:28	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	