

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACAY	CHAVEZ	PAOLA VICTORIA	19	07	1990	35 años, 0 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313913061	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	999-999-9999 /
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	1313913061	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	24
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 34 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P1 A1 C0 HVO HM0,(PRIMER HIJA 10 AÑOS, ABORTO HACE 8 AÑOS) PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 1, MENARQUIA: 13 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: COLECISTECTOMIA HACE 10 AÑOS APROXIMADAMENTE // APF: NO REFIERE // FUM: 04/02/2025 // FPP: 07/11/2025. GESTANTE DE 24,6 SG SEGÚN PRIMERA ECOGRAFIA REALIZADA EL 11-04-2025 CON 10 SG Y 24,2 SEGUN FUM: 04/02/2025. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE CON EMBARAZO DE 24.3 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA, FETO ÚNICO, CINÉTICA NORMAL, PRESENTACIÓN PODÁLICA. LATIDOS CARDÍACOS FETALES 161X.PLACENTA DE INSERCIÓN POSTERIOR GRADO 0 - 1 DE MADURACIÓN, ILA: 15CM ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL. PESO FETAL DE 692G ACORDE A EDAD GESTACIONAL HUESO NASAL NORMAL MIDE 8MM / LABIOS Y NARIZ NORMALES TRACTOS DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDIACOS EXAMINADO EN MODO B VENTRÍCULOS CEREBRALES NORMALES. ACUDE TAMBIEN CON EXAMENES DE LABORATORIO 21/07/2025 QUE REPORTA: HB 10,6 / HTO 31,9 / VCM 88,9 / LEUCOCITO 9910 / NEU 76,7 / LINF 16,4 / PLAQUETAS 279000. UROANALISIS: LEUCOCITOS 6 X CAMPO / HEMATIES 2 X CAMPO / CELULAS EPITELIALES 10 X CAMPO / BACTERIAS +. REFIERE HOSPITALIZACIÓN DE 3 DÍAS EN HOSPITAL POR SANGRADO ESCASO DE DOS DÍAS DE DURACIÓN EL 02/07/2025, REFIERE LE PREESCRIBIERON MEDICACIÓN PERO NO RECUERDA CUAL, ESE DÍA MISMO SE REALIZA LABORATORIOS CON LOS CUAL ACUDE QUE REPORTAN: T PROTROMBINA 10,8 // INR 0,94 // T. TROMBOPLASTINA 37,4. R. REFIERE QUE LE REALIZARON CULTIVO DE ORINA ES HOSPITAL Y SEGUN REFIERE NO FUE PATOLOGICO. REFIERE TOMAR SOLO 2 DÍAS DE ATB PRESCRITO EN CONTROL ANTERIOR (AMOXICILINA), SUSPENDIÓ EL TTO. PACIENTE YA CUENTA CON TURNO PARA GINEOLOGIA PARA EL 5 DE AGOSTO A LAS 9:30. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO PRURITO, NO DISURIA, NO DISPAURENIA // 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: 20, FCF: 151. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 2 PUNTOS= ALTO RIESGO (1 ABORTO ANTERIOR, 1 SOBREPESO, 3 HEMORRAGIA SEGUNDA MITAD DEL EMB).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0981506616 // 0988462407

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	09:53	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
2025-07-24	09:53	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	