

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SOLORZANO        | VARGAS           | YESSENIA KARINA | 02                  | 07  | 1997 | 28 años, 3 meses, 14 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314991496        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | LOS BRAVOS GRANDES y         | 099-560-8393 /       |
| 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                 | 1314991496      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 10  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | POCA GANCIA DE PESO            |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD AGO: G1 P0 A0 C1 (FETO PODALICO) .PRIMERA RELACION SEXUAL:15 AÑOS , PAREJAS SEXUALES:1 , CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 11 AÑOS, MENSTRUACION:IRREGULAR , DISMINORREA: SII, ANTICONCEPTIVOS:INYECTABLES (SOLUNA). GESTANTE FUM DEL 06/06/2025 18.6 SG //// ECOGRAFIA TEMPRANA DEL 09 DE OCTUBRE DE 2025 CON 18.3 SG , ACTUALMENTE CUENTA CON 18.3 SG AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE SANGRADO, ESTADO NUTRICIONAL:OBESIDAD // SCORE MAMA: 0 RO:6 PUNTOS ALTO. (POR PERIODO INTERGENÉSICO MAYOR A 5 AÑOS (HIJA TIENE 11 AÑOS) Y HERMANA CON PREECLAMPSIA, IMC >30). GANANCIA DE PESO INADECUADA Y BAJA -1.7

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Recuento de Glóbulos Rojos 3.56-- HEMOGLOBINA 11 G/DL -- GLUCOSA 89.4 ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO , SEXO INDETERMINADO, TRANVERSO DORSO POSTERIOR, NORMOCEFALICO, CORAZON CON CUATRO CAMARAS 146 LPM, CORDON UMBILICAL TRES VASOS, PLACENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO I PARA EDAD GESTACIONAL ILA 10.80 CC, PESO 191 GRAMOS

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                         |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-16 | 12:03 | Medicina Rural | LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ | 1314916030 |  <div>Firma electrónica de Lady Gema Saavedra Muñoz. Validar únicamente con FirmaEC.</div> |

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 |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-10-16 | 12:03 | Medicina Rural | LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ | 1314916030 |       |

