

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDEÑO           | ALCIVAR          | JENNY ALEXANDRA | 27                  | 01  | 2002 | 23 años, 5 meses, 26 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315100089        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | LOS HORCONCITOS y            | 093-908-3479 /       |
| 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                 | 1315100089      | 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  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 23 AÑOS DE EDAD AGO: G1 P1 A0 C0 HV1 HM0 (ULTIMO HACE 4 AÑOS) PRIMERA RELACION SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 14 AÑOS, MENSTRUACION: RREGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO // APP: NO REFIERE // APQX: NO REFIERE // APF: MAMA (DMII) // GESTANTE DE 25.2 SG SEGÚN FUM DEL 27/01/2025 Y SEGÚN ECOGRAFIA DEL 29/05/2025 CON 16.5 SG TENDRIA 24.4 SG. ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFIA DEL 29/05/2025 QUE REPORTA: GESTACION DE 16.5, FETO UNICO EN POSICION Y SITUACION CEFALICO IZQUIERDO ANTERIOR, MOVIMIENTOS CORPORALES PRESENTES. ESTRUCTURAS INTRACRANEALES: DENTRO DE LA NORMALIDAD, CORAZON: ACTIVIDAD CADIACA: PRESENTE, RITMICA, REGULAR. FCF: 142 LPM, ILA: VOLUMEN ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL, PLACENTA: ANTERIOR, NO SE OBSERVAN AREAS DE DESPRENDIMIENTO, GRADO: 0, CIRCULAR DE CORDON: NO AL MOMENTO. PESO: PERCENTIL 50, ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL, FPP: 08/11/2025. ACUDE CON EXAMENES DE LABORATORIO DEL 19/06/2025 QUE REPORTA: LEUCO: 7.20, NEUTRO: 75%, LINFO: 19.4%, HB: 11.7, HTC: 34.5%, VCM: 93.8, HCM: 31.9, PLAQUETAS: 196, GLUCOSA: 79.1, UREA: 14.42, CREA: 0.51. EMO: LEUCO: (+), NITRITOS: POSITIVO, LEUCO: 4-6XC, HEMATIES: 2-4 XC, CELULAS EPITELIALES: 10-15 XC, CELULAS REDONDAS: 1-2 XC, MOCO: (+), BACTERIAS: (+++), BACILOS GRAMPOSITIVOS: (+++). TORCH IGM E IGG: TODAS REPORTAN NEGATIVO. VDRL. NO REACTIVO. 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, REFIERE HACE 20 DIAS SECRECIONE VAGINALBLANQUECINA FETIDA QUE NO CAUSA PRURITO VULVAR, NO DISURIA, NIEGA DEMAS SINTOMATOLOGIA EN LOS ULTIMOS DIAS // 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 CM, FCF:141 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 0 PUNTOS = BAJO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TEL: 0939083479

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-23 | 09:59 | Medicina Rural | MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO | 1313571612 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-23 | 09:59 | Medicina Rural | MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO | 1313571612 |       |