

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IBARRA	RIVAS	MARIA DALESKA	24	01	2006	20 años, 4 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315214880	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CULEBRA y	099-552-7629 /
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	1315214880	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2026	05	28
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	☐	POCO AUMENTO DE PESO EN EMBARAZO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD, MULTIGESTA AGO: G2 P0 A C1 // APP: NO REFIERE // APQX: CESÁREAS 2 ÚLTIMA (14/04/2023) // APF: NO REFIERE / AL MOMENTO GESTANTE FUM DEL CONFIABLE 2/02/2026 CONFIABLE 13.6 SG , ACUDE A CONTROL PRENATAL . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, MENCIONA RINORREA HIALINA OCUOSA, CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD, NO MENCIONA ACUFENOS O ESCOTOMAS, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS , NO MENCIONA SANGRADOS NO SECRECIONES, GRUMOSAS, NO MENCIONA PRURITO,NO DISPAREUNIA, NO SIGNOS DE ALARMA SOBREPESO SCORE MAMA: 0 RO: 4 ALTO (CUP + IMC >25)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0995527629

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	15:53	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-05-28	15:53	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

