

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	SALMERON	JULEXY JOMARA	02	09	2007	17 años, 4 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	1315937258	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA CANUTO y 098-117-1952 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo				Distrito/Area
MSP	1315937258	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Nutrición	2025	01	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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE A CONTROL PRENATAL, CURSA CON EMBARAZO DE 23.2 SEMANAS DE GESTACION POR FUM: 18/08/2024, FPP: 25/05/2025; AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ASINTOMATICA Y EN BUEN ESTADO GENERAL, AL EXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA 22CC, FCF 154XM, FETO ÚNICO PRESENTACION TRANSVERSO,AL EXAMEN GINECOLÓGICO NO HAY PRESENCIA DE LEUCORREA, NO HAY PRESENCIA DE SANGRADO, EXTREMIDADES: INFERIORES NO EDEMAS, NO VÁRICES , PROTEÍNA EN ORINA NEGATIVO , SCORE MAMA 2 , MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES , NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, GANANCIA DE PESO INADECUADO POR DÉFICIT, PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE REALIZA PRUEBA RÁPIDA DE VIH, SIFILIS Y CHAGAS , RIESGO OBSTETRICO ALTO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE GESTANTE CON BAJO PESO EN EMBARAZO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	10:35	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

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