

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	DELGADO	DALIA MONSERRATE	08	11	2007	17 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350437321	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS MONOS y	093-995-4965 /
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	1350437321	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	17
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 17 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 H0 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES POR 1 MES SUSPENDIDOS HACE 5 MESES// APP: SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO, LITIASIS RENAL//APQX: NO REFIERE // APF: ABUELO PATERNO HTA, PADRE DMII// AA: NO REFIERE// GESTANTE DE 25.0 SG SEGÚN ECO DEL 21/04/2025 CON 12.4 SG Y GESTANTE DE 25.4 SG SEGÚN FUM 19/01/2025. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE CON ECOGRAFÍA REALIZADA EL 06/07/2025 QUE REPORTA: EMBARAZO ÚNICO. SITUACIÓN LONGITUDINAL. PRESENTACIÓN CEFÁLICA. DORSO MÓVIL. CINÉTICAS CARDÍACA Y FETAL POSITIVAS. F.C.F. 144 1.P.M. SE VISUALIZÓ: CORAZÓN CON CUATRO CÁMARAS, LÍQUIDO EN ESTÓMAGO, PARED ABDOMINAL INTEGRAL, COLUMNA VERTEBRAL SIN SOLUCIONES DE CONTINUIDAD, SISTEMAS VENTRICULARES CEREBRALES SIN DILATACIÓN.(DBP): 65,2 MM COMPATIBLE CON GESTACIÓN DE 26,4 \$ 2 SEM. (PC): 240 MM COMPATIBLE CON GESTACIÓN DE 25,3 \$ 2 SEM. (PA): 204,2 MM COMPATIBLE CON GESTACIÓN DE 24,5 2 SEM. (LF): 51 MM COMPATIBLE CON GESTACIÓN DE 27 \$ 1 SEM. PESO FETAL ESTIMADO A LA FECHA: 900 GR. 10%. EDAD GESTACIONAL CONCEPTUAL: 26 1 SEM. F.P.P.:26/10/2025. LA PLACENTA ES DE INSERCIÓN ANTERIOR, NO PREVIA. HETEROGÉNEA, GRADO I-II DE MADURACIÓN DE LA CLASIFIC DE PETER GRANNUM. EL LÍQUIDO AMNIÓTICO SE HALLA EN CANTIDAD NORMAL. I.L.A: 15,3 CM. NO SE OBSERVAN ÁREAS DE DESPRENDIMIENTO. Y LABORATORIOS DEL 15/07/2025 QUE REPORTA: HB 9.1 // HTO 28.8 // GB 10.45 // NEU 69.9 // LINF 20.7 // EOSI 1.7 // PLAQUETAS 297 // HERPES I-II IGM: NEG / TOXOPLASMA IGM: NEG / RUBEOLA IGM: NEG / CITOMEGALOVIRUS IGM: NEG // UROANALISIS: PROTEINAS NEG / CELULAS EPITELIALES 8.0 / PIOCITOS 1.5 / BACTERIAS 30. SE TOMA NUEVAMENTE TA TENIENDO VALORES DE: 101/60 MMHG // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO REFIERE SANGRADO ACTUAL, NO REFIERE SECRECIONES VAGINALES, NO PRURITO, NO DISURIA, NO DISPARREUNIA // AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFÁLICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, ÚTERO GRAVIDO, PRESENTACION: INDETERMINADA, AFU: 21, FCF: 146. 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: 3 PUNTOS = ALTO DEBIDO A EDAD, HEMORRAGIA EN PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0939954965 // 0989948835

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-17	15:27	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
2025-07-17	15:27	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	