

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAPA	VERA	ANGIE STEFFANIA	27	05	2005	19 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350855605	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CUCUY y	000-000-0000 /
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	1350855605	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Nutrición		2024	11	14
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 FEMENINA DE 19 AÑOS, ACUDE A TERCER CONTROL PRENATAL, APP: NO REFIERE, APQ; NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, AGO: G0, P0, C0, A0, FUM: 19/08/2024 (HOY 12,4 SG), PACIENTE QUE AL MOMENTO DE LA CAPTACION PRESENTABA PESO DE 64.1 KG, SIGUIENTE CONTROL EN UN MES NUEVAMENTE CON PESO DE 64.1 KG, ACTUALMENTE EN TERCER CONTROL PRESENTA PÉRDIDA DE PESO (PESO ACTUAL DE 62.4 KG) MOTIVO POR EL QUE SE SOLICITA VALORACION NUTRICIONAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA 96.00 mg / dL [75 - 115] ACIDO URICO 3.66 mg / dL [2.4 - 5.7] ULTRASONIDO: EMBRIÓN ÚNICO VIVO, POSICIÓN TRANSVERSA, EMBARAZO DE 7.5 SEMANAS DE GESTACION, SACO GESTACIONAL EN BUENA POSICION, FCF 157 LPM,

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-14	13:33	Medicina Rural	DAISON ISMAEL BARREIRO ZAMBRANO	1313793778	

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
2024-11-14	13:33	Medicina Rural	DAISON ISMAEL BARREIRO ZAMBRANO	1313793778	