

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	BARRE	CARMEN MARIA	13	10	2004	20 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351473275	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO 1 y	098-790-2937 /
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	1351473275	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	24
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 20AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 H0 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 20 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 13 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: MIGRAÑA //APQX: NO REFIERE // APF: DIABETES MELLITUS (MAMA) // GESTANTE DE 11,5 SG SEGUN ECOGRAFÍA DEL 16/07/2025 CON 10,4 SG. Y GESTANTE DE 12,3 SG SEGUN FUM: FUM: 28/04/2025. ACUDE A SU SEGUNDO PRENATAL CON ECOGRAFÍA DEL 16/07/2025 QUE REPORTA: ÚTERO EN ANTEROVERSION GESTANTE PRESENCIA DE CAVIDAD UTERINA DE SACO GESTACIONAL CON EMBRIÓN VITAL EN SU INTERIOR. SACO GESTACIONAL LONG MEDIA DE SACO MIDE 5L MM QUE CORRESPONDE A 11.0 SEMANAS DE GESTACIÓN EMBRIÓN ÚNICO VIVO DIÁMETRO CRÁNEO CAUDAL DE 32 MM QUE CORRESPONDE A 10.1 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA. LATIDOS CARDIACOS PRESENTES. 160 LATIDOS POR MINUTOS. AMNIOS NORMAL. VESÍCULA VITELINA DE 4.2 MM DE ESPESOR. CÉRVIX CERRADO. CONSIDERAR: * GESTACIÓN INTRAUTERINA DE 10.4 SEMANAS POR ULTRASONIDO. FECHA PROBABLE DE PARTO: 7 FEBRERO 2026. ACUDE TAMBIEN CON /XAMENES DE LABORATORIO DEL 16/07/2025 QUE REPORTA: LEUCOCITOS 7,68 // NEU 66,9 // LINF 26,3 // HTP 39,4 // HB 13,0 // VCM 89 // PLAQUETAS 308 // GLUCOSA 88 // COLESTEROL 199 // HDL 60 // LDL 83 // TRIGLICERIDOS 121 // ACIDO URICO 2,4 // UREA 12 // CREATININA 0,5 // AST 28 // ALT 30 // UROANALISIS: LEUCO ++ // PROTEINAS NEG // HEMOGLOBINA NEG // CELULAS 9-16 // LEUCOCITOS 18-27 // HEMATIES 3-5 // BACTERIAS +++ . // REFIERE QUE LE PREESCRIBEN METOCLOPRAMIDA 5 MG CADA 12 HORAS LA CUAL LLEVA TOMANDO MAS DE UNA SEMANA // 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, NO SECRECIONES VAGINALES, NO PRURITO, NO DISURIA, NO DISPAREUNIA, REFIERE NAUSEAS QUE LLEGAN AL VOMITO // 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: NO VALORABLE, FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 0 PUNTOS= BAJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0987902437 // 0988371373

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	11:51	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 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
2025-07-24	11:51	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	