

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	CEVALLOS	DAYANA LISBETH	22	12	2006	17 años, 8 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351658396	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y 096-067-1219 / (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	1351658396	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición	2024	08	22
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

GESTANTE DE 17 AÑOS SECUNDIGESTA, PRIMIPARA, ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL SUBSECUENTE DE EMBARAZO DE 25.1 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA REGLA 15/02/2024, POR ECOGRAFIA (28-5-2024) TIENE 18 SEMANAS, AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA , NO SIGNOS DE PELIGRO GENERAL, RIESGO OBSTÉTRICO BAJO, GANANCIA ADECUADA DE PESO, SCORE MAMA 0, ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, BUEN APETITO, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, TIRILLA REACTIVA EN ORINA NEGATIVO, FCF 142 LPM, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-22	11:11	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2024-08-22	11:11	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	