

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTAÑEDA	LOOR	BIANCA VALENTINA	22	07	2008	16 años, 5 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351802820	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	KM 8 VÍA LAS MERCEDES y	096769636
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	098-930-5150 / Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1351802820	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición Clínica	2024	12	27
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

USUARIA DE 16 AÑOS SECUNDIGESTA, NULIPARA, ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL SUBSECUENTE DE EMBARAZO DE 12.4 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA REGLA 02/09/2024 CONFIABLE, AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA , NO SIGNOS DE PELIGRO GENERAL, RIESGO OBSTETRICO ALTO: 6 PTOS (EDAD 16 AÑOS, PERIODO INTERGENESICO MENOR A 1 AÑO 3 MESES, CESAREA ANTERIOR, SOBREPESO, GANANCIA INADECUADA DE PESO POR VOMITOS, SCORE MAMA 0, ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO, NUEVAMENTE NO TRAE RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO ENVIADOS EN CITA ANTERIOR.

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
2024-12-27	15:08	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 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