

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	BENAVIDES	MELANY DANIELA	19	04	2008	17 años, 10 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351840903	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y	095-917-4255 /
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	1351840903	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2026	03	04
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	☐	GANANCIA INADECUADA DE PESO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD, NULÍPARA PRIMIGESTA AGO: G0 P0 A0 C0 , PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES:2 , CITOLOGÍAS: NUNCA , MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR , DISMINORREA: NO , ANTICONCEPTIVOS: NO NUNCA // APP: NO REFIERE // APQX: NO REFIERE// APF: ABUELOS PATERNOS: HIPERTENSOS, ABUELA MATERNA PREECLAMPSIA // GESTANTE FUM DEL CONFIABLE 5 /11/2025 CON 5.6 SG./ ACUDE A CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFIA DE 16.4 SG DEL 3/3/2026 SIN EXAMENES DE LABORATORIOS SE VUELVE A INSISTIR. ACTUALMENTE 16.6 SG CON FUM 5/11/025 CON 5.6SG Y 16.5SG SEGÚN ECOGRAFIA DEL 3/3/2026 CON 16.4. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, REFIERE SENSACION DE OIDO TAPADO, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA.NO MENCIONA SANGRADO , NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA, // ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 1 ALTO (EDAD).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GANANCIA INADECUADA DE PESO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O25X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-04	10:40	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-03-04	10:40	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

