

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ZAMBRANO	PAMELA LISSETTE	10	11	2000	24 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1751111483	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUNTA YFILO y	096-883-9729 /
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	1751111483	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	03	17
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 24 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 H0 H0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 14 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: ABUELA MATERNA HTA ABUELA PATERNA DMII, MAMÁ PREECLAMPSIA// AA: NO REFIERE// GESTANTE DE 25.3 SG SEGÚN FUM DEL 20/09/2024. ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL EN ESTA UNIDAD CON ECOGRAFÍA REALIADA EL 28/02/2025 EN LA CUAL SE REPORTA: FETO ÚNICO VIVO EN PRESENTACIÓN PODÁLICA LONGITUDINAL DORSO DERECHO, CON LCF PRESENTES CON UNA FCF DE 156LPM, ILA NORMAL 5.24CM, PLACENTA ANTERIOR GRADOI, BPD 5.49CM, CC 19.74CM, PA 16.45CM FEMUR FETAL 4.08 , PESO 489GR, ORGANOS INTRAABDOMINALES NORMOCONFIGURADOS, SEXO INDETERMINADO. ID: EMBARAZO DE 22.25G.//PACIENTE REFIERE QUE ACUDE A CS TIPO C POR LA EMERGENCIA DEBIDO A DOLOR DE GRAN INTENSIDAD EN HIPOGASTRIO QUE SE ACOMPAÑA DE DISURIA, SECRECIÓN VAGINAL AMARILLA VERDOSA DE MAL OLOR. REFIERE QUE RECIBIÓ ANALGESIA CON KETOROLACO 30MG, Y ENVÍAN A CASA CON CLOTIRIMAZOL EN ÓVULOS VAGINALES X 3 NOCHES. REFIERE MEJORÍA.//AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS. REFIERE SENSACIÓN DE DISNEA QUE SE ACOMPAÑA DE BOCHORNOS DIURNOS// SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA.// 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: OBLICUO, AFU: 25CM, FCF: 153LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO/ SCORE MAMA: 0 RO: 2 PUNTOS = BAJO (MADRE CON PREECLAMPSIA.)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE INICIA EL EMBARAZO CON UN IMC NORMAL. CON AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO ACTUALMENTE. SE SOLICITA VALORACIÓN 0968839729

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	08:59	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-03-17	08:59	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	