

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENA	ZAMBRANO	MARIA ELIZABETH	17	10	1998	26 años, 0 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	1313016162	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA EL ROSARIO y	099-944-1611 /
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	1313016162	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	10	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 GESTANTE DE 26 AÑOS SECUNDIGESTA, NULIPARA, ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL SUBSECUENTE DE EMBARAZO DE 34.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FECHA DE ÚLTIMA REGLA 18/02/2024 CONFIABLE, AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA, NO SIGNOS DE PELIGRO GENERAL, RIESGO OBSTÉTRICO BAJO: 3 PUNTOS (ABORTO HACE 6 MESES - PERIODO INTERGENESICO CORTO -18 MESES), GANANCIA INADECUADA DE PESO, SCORE MAMA 0, ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, BUEN APETITO, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, FCF 142 LPM, TIRILLA REACTIVA EN ORINA NEGATIVO, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO, NUEVAMENTE NO TRAE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO ENVIADOS EN CITA ANTERIOR, SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LOS MISMO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: HEPATITIS B Negativo ENDOCRINOLOGIA: TSH 1.69, T4 0.77 HEMATOLOGIA: -GLOBULOS BLANCOS * 10.10 x10^3 células / uL [3.5 - 9.5] -LINFOCITOS % 24.39 % [20 - 50] -MONOCITOS % 7.76 % [3 - 10] -NEUTROFILOS % 65.28 % [40 - 75] -EOSINOFILOS % 2.16 % [0.4 - 8] -BASOFILOS % 0.41 % [0 - 1] -LINFOCITOS # 2.46 x10^3 células / uL [1.1 - 3.2] -MONOCITOS # * 0.78 x10^3 células / uL [0.1 - 0.6] -NEUTROFILOS # * 6.59 x10^3 células / uL [1.8 - 6.3] -EOSINOFILOS # 0.22 x10^3 células / uL [0.02 - 0.52] -BASOFILOS # 0.04 x10^3 células / uL [0 - 0.06] Serie roja -RECuento DE GLOBULOS ROJOS 4.19 x10^6 células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA 12.71 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO 36.30 % [35 - 56] -VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO 86.60 fL [82 - 100] -HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA 30.30 pg [27 - 34] -CONCENTRACION DE HGB CORPUSCULAR MEDIA - MCHC 35.00 g / dL [31.6 - 35.4] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWC 14.60 % [11 - 16] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWS 44.00 fL [35 - 45] Serie plaquetaria -PLAQUETAS 270 x10^3 células / uL [150 - 450] -VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) 8.19 x10^3 células / uL [6.5 - 12] QUIMICA: GLUCOSA * 71.30 mg / dL [75 - 115] ACIDO URICO 5.02 mg / dL [2.4 - 5.7] QUIMICA: UREA 13.45, CREATININA 0.52, TP 13.4, TTP 22.3 ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO 33.2 SEMANAS CEFALICO, FCF 153 LPM, ILA NORMAL,SEXO FEMENINO, PESO 2158 GR, MOV. FATLES ACTIVOS, PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA GRADO 2 HETEROGENEA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PLACENTA PREVIA CON ESPECIFICACION DE QUE NO HUBO HEMORRAGIA	O 440		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	08:58	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