

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORRILLO	MUÑOZ	GEMA BELEN	24	01	1992	32 años, 11 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313670976	MANABI	CHONE	CANUTO	LINEA FERREA y X	096-365-5527 /
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	1313670976	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	01	20
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 FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD, NACIDA EN CHONE, RESIDENTE EN CANUTO LINEA FERREA TEF: 0963655527 OCUPACIÓN: AMA DE CASA. ACUDE A CONSULTA POR TERCER DEL EMBARAZO. CURSA 12.6 SG SEGÚN FUM: DEL 22/10/2024 CON FPP 29/07/2025. APP: NO REFIERE. ALERGIAS : IBUPROFENO. APQ: VESICULA HACE 3 AÑOS . APF: MADRE HIPERTENSA. GINECOBSTRICOS: G:3 P:2 C:0 A:1 FECHADE ABORTO : (06/04/2024) , HV2 MENARQUIA 13 AÑOS, CICLO MENSTRUAL REGULARES . INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA 26 AÑOS, PAREJAS SEXUALES 1, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO REFIERE, PLANIFICACIÓN FAMILIAR HORMONAL INYECTABLE. PACIENTE REFIERE NAUSEAS. NO RASH, NO SANGRADOS, NO SECRECIÓN. EXAMEN FISICO. ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA:NA , POSICION: NA FCF: NA LPM, EXTREMIDADES NO EDEMAS. A: AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILA, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. GLASGOW 15/15, NIEGA SIGNOS DE ALARMA. NIEGA SINTOMATOLOGIA NEUROLÓGICA, RESPIRATORIA Y URINARIA. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO alto: 4pts (3PTS IMC>30, 1PTS ABORTO) . TA 155/71 SCORE MAMA 2. *GANANCIA DE PESO: INADECUADA REALIZA TAMIZAJE DE VIH SIFILIS CORRESPONDIENTES A PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: NO REACTIVO.NO SE REALIZA PROTEINURIA POR EDAD GESTACIONAL MENOR A 20 SEMANAS . SE INDICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS POR SUS PROPIOS MEDIOS POR FALTA DE AGENDAMIENTO EN CS TIPO C CHONE. ESQUEMA DE VACUNA PARA TETANO VIGENTE, HIERRO+ ACIDO FOLICO,. RIESGO DE PREECLAMPSIA POR ANTECEDENTES FAMILIARES E IMC MAYOR DE 25. PACIENTE SE REALIZA ECOGRAFIA OBSTETRICA EL 17/01/2025 DONDE REPORTA FETO UNICO VIVO DE 13 .4 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL . POSICION TRASNVERSAL , , ILA CONSERVADA , PLACENTA ANTERIOR GRADO 0 FRECUENCIA CARDIACO 170 LPM . NOTA : SE OBSERVA EN EL UTERO A NIVEL DE MIOMETRIO UNA IMAGEN DE CONSISTENCIA MAS , BORDES REGULARES , LOCALIZADA EN CARA , ANTEROIR ECOGENICIDAD HOMOGENEA , VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA SUGESTIVA DE MIOMA INTRAMURAL MIDE 3.7X3.0X4.6 CM VOLUMEN DE 27.97. POR TAL MOTIVO SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: WBC : 6.70 , LINFOCITOS 1.77 , HGB : 11.5 , HCT : 11.5 , PLAQUETAS : 259 , COLESTEROL 177 , LDL 132 ,M TRIGLICERIDOS 121, ACIDO URICO 2.8 , T4 95.48, HORMONA ESTIMULANTES 1.04. ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO DE 13 .4 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL . POSICION TRASNVERSAL , , ILA CONSERVADA , PLACENTA ANTERIOR GRADO 0 FRECUENCIA CARDIACO 170 LPM . NOTA : SE OBSERVA EN EL UTERO A NIVEL DE MIOMETRIO UNA IMAGEN DE CONSISTENCIA MAS , BORDES REGULARES , LOCALIZADA EN CARA , ANTEROIR ECOGENICIDAD HOMOGNEA , VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA SUGESTIVA DE MIOMA INTRAMURAL MIDE 3.7X3.0X4.6 CM VOLUMEN DE 27.97.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	D251	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-20	10:05	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	

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
2025-01-20	10:05	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	