

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	MENDOZA	MARIA BELEN	20	04	1991	33 años, 8 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314701861	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	096-891-7668 /
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	1314701861	SANTA RITA	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	12	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 33 AÑOS DE EDAD CON 26.2 SG SEGUN FUM BASADA EN ECOS: 29-06-2024, FPP:5-04-2025/ AP: NR, APQX: CESAREA 2015, CX POR OSTEOMIELITIS A LOS 8A, APF:ABUELOS DM, AGO: G1 P0 A0 C1 (2015, EMBARAZO SIN COMPLICACINES), MENSTRUACIONES:IRREGULARES, MENARQUIA: 13A. METODO DE PLANIFICACION: NR. SE SOLICITA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA CONTROL POR ESPECIALIDAD DEBIDO A EMBARAZO DE ALTO RIESGO SEGUN ESCALA MSP (IMC + P. INETERGENECISO MAYOR A 5A) Y CUP 1.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA: 81.4 COLESTEROL: 198 TRGL: 148.6 HDL: 61.96 LDL: 108.4 UREA: 30.6 CR: 0.92 AC URICO: 2.81 TGO: 29.4 TGP_ 33.6* (VN HASTA 32) SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB: 10.900* GRAN% 73.2 LINF% 22.8 GR: 3.795 HGB: 11.5 HCT: 34.5* PLT: 269 UROANALISIS: COLOR: AMARILLO PH: 6 DENSIDAD: 1020 LEUCOCITOS: NEG NITRITOS: NEG GLUCOSA: NEG NITRITOS: NEG PROTEINAS: NEG C. CETOICOS: NEG BILIRRUBINA: NEG SANGRE NEG ----- REV MICROSCOPICA LEUCOCITOS: 2-3 HEMATIES: 0--1 BACTERIAS: + C. EPITELIALES: 2-4 FILAMENTO MUCOSA: +

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	20:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-30	20:01	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

