



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP	001414	Santa Rita	CS	1313913764							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Solorzano	Ortiz	Evelyn	Pierina	M	25-02-2002	22	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
099-128-7187 /		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130302	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Ginecologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD- MESTIZA- SECUNDIGESTA- QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CONTROL PRENATAL LA CUALCURSA CON AMENORREA DE +- 33.4 SEMANAS POR ECO TEMPRANA REALIZADA 12/04/24: REPORTA EMBARAZO DE 10.3 SG FPP: 5/11/24 NOCONFIABLE. AL INTERROGATORIO REFIERE CEFALEA DE ALTA INTENSIDAD- EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES- TENSIONES ARTERIALES ELEVADAS PORLO CUAL ACUDE A EMERGENCIA DEL HNDC- DONDE LE PRESCRIBEN ALFAMETILDOPA TABLETAS MAS ACIDO ACETILSALICILICO. Y SOLICITANREFERENCIA A CONSULTA EXTERNA PARA SEGUIMIENTO DE CASO. AL MOMENTO PACIENTE RIERE HABER SIDO ATENDIDA POR EMERGENCIA ENCENTRO DE SALUD TIPO C EL DÍA 06/09/2024 DEBIDO A QUE PRESENTABA DOLORES DE TIPO CONTRÁCTIL-EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES- CEFALAPULSATIL- EN DICHA UNIDAD REALIZAN EXAMEN DE TIRILLA DE PROTEINURIA EVIDENCIANDO NITRITOS POR LO QUE ENVÍAN TRATAMIENTO PARA IVUCON NITROFURANTOINA 500 MG CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS- REALIZAN MONITOREO QUE EVIDENCIA ACTIVIDAD UTERINA POR LO QUE ENVÍAN A ESTAUNIDAD PARA REALIZAR REFERENCIA DEBIDO A EMBARAZO DE ALTO RIESGO. PACIENTE NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA- NO SANGRADOTRANSVAGINAL- EDEMA- ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA- NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- REFIERE CONTRACCIONES NO CONTABILIZADAS-DOLOR EN HIPOGASTRIO- NO SANGRADO O HIDRORREA CON CÉRVIX CERRADO. AL MOMENTO ACUDE SIN ECOGRAFIA NI EXAMENES DELABORATORIO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: SÍNDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES:ABUELOS HTA ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE HABITOS: DROGAS- ALCOHOL- TABACO- CAFÉ: NO REFIEREVIOLENCIA: NO REFIERE GRUPO SANGUÍNEO: A+. VACUNAS: COMPLETA VIGENTE- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: NO REFIERE FUM: NO RECUERDAIRREGULAR FECHA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 17 AÑOS EDAD DE MENARQUIA: 14 AÑOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G 1 P 0 C0 A1METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: NO USABA PAP: NO. EMBARAZO PLANIFICADO: SI SCORE MAMA: (1) ALTURA UTERINA: 34 CM PRESENTACIÓN:PODALICO- SITUACIÓN: INDETERMINADO- FCF: 155 LPM. MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES. SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE. RIESGO OBSTETRICO:ALTO (4 PUNTOS - 3 PUNTOS POR IMC MAYOR A 30 Y 1 PUNTO POR ABORTO GEMELAR ANTERIOR) ID: EMBARAZO OBTENIDO POR ECO TEMPRANA NOCONFIABLE CONTROL NORMAL DE EMBARAZO. SE LE BRINDA ATENCIÓN OPORTUNA- LLENADO DE FORMULARIO 051 POR NO TENER LIS EN STOCK. SERIALIZA PRUEBA DE VIH Y SIFILIS: NO REACTIVOS. SE ENTREGA HIERRO MAS ACIDO FOLICO- NO CONTAMOS CON CALCIO EN STOCK. SE LE DACONSEJERIA SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA- MEDIDAS DE HIGIENE Y ALIMENTACIÓN ADECUADA- ASÍ COMO APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. SEENVIA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

GESTANTE CON OBESIDAD MORBIDA- ANTECEDENTE DE ABORTO GEMELAR- AL MOMENTO PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA- EDEMA EN MIEMBROSINFERIORES- CEFALEA DE TIPO PULSÁTIL.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Hipertension Gestacional [Inducida Por El Embarazo] Sin Proteinuria Significativa	O13X		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-10-02	01:19	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1709823288				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO



CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	