



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	Ricaurte	CS	1316245040							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Rodriguez	Zambrano	Ximena	Esperanza	M	20-02-2007	17	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
099-431-0465		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	130356	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 SECUNDIGESTA- NULIPARA DE 17 AÑOS. APP: NO REFIERE. APF: MADRE DM- PRIMO PATERNO CANCER NO ESPECIFICA.APQX: NO REFIERE. AGO: G1 A0 P0 C1 HV1 ULTIMO PARTO HACE 2 AÑOS 6 MESES POR CESÁREA- ANTERIOR GESTACIÓN: PARTO PORCESÁREA POR DILATACIÓN INS UFICIENTE Y ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL QUE FUE TRATADA- ADEMÁS PACIENTE REFIERECICATRIZACIÓN DE HERIDA TARDó UN AÑO EN CULMINAR. ALERGIA: RINITIS ALÉRGICA- NO ALERGIAS A MEDICAMENTOS. PACIENTEACUDE A CONTROL PRENATAL CON FUM 12/03/2024 DANDO EDAD GESTACIONAL DE 33.3 SEMANAS ACUDE CON EXAMENES DELABORATORIOS YA REPORTADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA. AL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE SANGRADOS- NI SECRECIONES. ALEXAMEN FISICO- GANANCIA EXCESIVA DE PESO- MUCOSAS NORMOHIDRATAS- NORMOCOLOREADAS. TORAX SIMETRICO CAMPOSPULMONARES CLAROS Y VENTILADOS- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS- MAMAS SIMETRICAS- SIN PRESENCIA DEDOLOR NI SECRECIONES. ABDOMEN GLOBOSO- ALTURA UTERINA 34- FCF 150- MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS- REFIERE PACIENTE.GENITOURINARIO SIN SECRECIONES. EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN PRESENCIA DE EDEMA. NO SE REALIZA TIRILLA DE PROTEINURIAPOR NO DISPONIBILIDAD- SE REALIZA PRUEBA RAPIDA DE SIFILIS Y VIH DANDO COMO RES ULTADO NO REACTIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITIS 8.15 NEUTROFILOS 72.7% LINFOCITOS 23 % MONOCITOS 4.3 % ERITROCITOS3.65 % HTO 32.1 HB 10.3 VCM 88 HCM 28.1 PLAQUETAS 225 UROANALISIS: COLOR AMARILLO ASPECTO TURBIO DENSIDAD 1010 PH 8GLUCOSA NEGATIVO PROTEINA NEGATIVO C CETONICO NEGATIVO UROBILINOGENO NEGATIVO BILIRRUBINA NEGATIVO NITRITIOSNEGATIVO HB NEGATIVO CBATERIAS +

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa		O342		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-11-14	12:03	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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		