



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	1313864454							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Guadamud	Cusme	Ambar	Maribel	M	30-03-2003	21	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
099-358-3829		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 NULIPARA DE 21 AÑOS DE EDAD AGO: G1 P1 A0 C0- PRIMERA RELACION SEXUAL: 15 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 2-CITOLOGIAS: 1- MENARQUIA: 12 AÑOS- MENSTRUACION: REGULAR- DIS MINORREA: NO- ANTICONCEPTIVOS: HACE 8 MESES REFIEREQUE USABA SOLUNA // APP: NO REFIERE //APQX: REFIERE UNA CIRUGIA ABDOMINAL HACE 3 AÑOS QUE NO RECUERDA DE QUE ES YCIRUGIA DE APENDICE 10 AÑOS// APF: PAPA GASTRITIS CRONICA // GESTANTE DE 7.1 SG SEGÚN FUM DEL 22/10/2024. ACUDE A S UCONTROL PRENATAL CON PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA EN SANGRE CON FECHA DEL 5-12-24. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE-ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS- NOREFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO- SECRECIONES VAGINALES BLANQUECINAS GRUMOSAS ACOMPAÑADA DEPRURITO SIN ENROJECIMIENTO DESDE HACE 3 SEMANAS- NO DIS URIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSASHUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA- SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS- CAMPOSPULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO- UTERO GRAVIDO- PRESENTACION: INDETERMINADA- AFU:NO VALORABLE- FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES NO VALORABLE. SECRECION VAGINAL BLANQUECINA GRUMOSAEXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS ENEXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO. SCORE MAMA 0 RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO POR IMC MAYOR A 25 1 PUNTO-CONS UMO DE ALCOHOL 3 PUNTOS -OTRA PATOLOGIA 3 PUNTOS(CANDIDIASIS 6 PUNTOS EN TOTAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PRUEBAS ESPECIALES: PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-11	12:58	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		