



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	1316469905						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Vera	Delgado	Ginger	Cecibel	M	15-12-2004	20	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO					
098-557-4765		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
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 20 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0- PRIMERA RELACION SEXUAL: 17 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 1-CITOLOGIAS: 0- MENARQUIA: 13 AÑOS- MENSTRUACION: IRREGULAR- DIS MENORREA: SI- ANTICONCEPTIVOS:SI- REFIERE QUE USABAPASTILLAS ANTICONCEPTIVAS HACE 1 AÑO // APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: FAMILIA DE ABUELA MATERNA REFIERE QUES UFREN DEL CORAZON- REFIERE QUE LOS HERMANOS DE LA ABUELA HAN FALLECIDO JOVENES // GESTANTE DE 7 SG SEGÚN FUM 30-10-24 ACUDE A S U CONTROL PRENATAL CON PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA BHCG DEL 7-12-24. Y ECOGRAFIA QUE REPORTA ENAPARTADO DE RES ULTADOS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- NO RASH- NO FIEBRE- NOCONJUNTIVITIS- ASINTOMATICA. PACIENTE REFIERE QUE HA PRESENTADO SANGRADO VAGINAL18 DIAS. ADEMAS REFIERE SECRECIONAMARILLENTO DESDE HACE 1 MES. // SE REALIZA ANAMNESIS- REFIERE SIGNO DE ALARMA;REFIERE SANGRADO VAGINAL DESDE HACE18 DIAS- REFIERE QUE ACTUALMENTE EL SANGRADO ES LEVE EN COMPARACION A LOS ANTERIORES DIAS- REFIERE QUE SE HA HECHOATENDER DOS VECES DURANTE ESTOS 18 DIAS- LA PRIMERA VEZ FUE EL 7 DE DICIEMBRE SE ATENDIO EN GUAYAQUIL CLINICAPRIVADA APROFE Y LE INDICARON QUE VUELVA EN 2 SEMANAS LA MANDARON SIN TRATAMIENTO REFIERE- LUEGO LA SEGUNDA VEZ SEATENDIO EL 17 DE DICIEMBRE EN EL TIPO C DE CHONE EN LA MAÑANA Y LE MANDARON DE TRATAMIENTO:PROGESTERONA 200MG UNADIARIA A LAS 3PM POR 14 DIAS -Y SECRECIONES VAGINALES AMARILLENTAS DESDE HACE 1 MES. NO DIS URIA. // AL EXAMEN FISICONORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA- SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOSRITMICOS SIN SOPLOS- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO- UTERO GRAVIDO-PRESENTACION: INDETERMINADA- AFU: NO VALORABLE- FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADESINFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS ENEXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL / SCORE MAMA: 0 RO: 6 PUNTOS: ALCOHOL 3 PUNTOS OTRA PATOLOGIA(INFECCIONVAGINAL S UGESTIVA DE VAGINOSIS BACTERIANA + HEMORRAGIA DE PRIMERA MITAD DEL EMBRAZO 3 PUNTOS). PACIENTE ACUDE POREMERGENCIA EL DIA 18/12/2024 AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA- FUE VALORADA POR EMERGENCIA QUIEN INDICALEGRADO- ACUDE SIN REFERENCIA INVERSA POR LO QUE SE ENVIA POR CONS ULTA EXTERNA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

13/12/202. UTERO RETROVERSION GRAVIDO- SACO GESTACIONAL ALARGADO E IRREGULAR- MIDE 25 MM- IGUAL A 7 VESICULA VITELINAIRREGULAR- NO SE VIS UALIZA EMBRION- DECIDUA CIRCULAR- CUERPO LUTEO EN OVARIO DERECHO- OVARIO IZQUIERDO NORMAL-DOUGLAS LIBRE. EMBARAZO DE +- 5-6 SEMANAS. AMENAZA DE ABORTO- FUM INCIERTO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Amenaza De Aborto	O200		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-23	11:09	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. DIAGNÓSTICOPRE= 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	