



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	1313822718													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Ruiz		Quiñónez		Claudia		Irene		M	23-05-2003	21	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0990242356				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		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 FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD- MESTIZA- ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL PRENATAL G1 A1 P0 C0. ALINTERROGATORIO NO REFIERE SIGNOS DE ALARMA- NO REFIERE SANGRADO- NO REFIERE SECRECIONES- NO REFIERE DISURIA NIPOLAQUIUREA- NO REFIERE NINGUNA SINTOMATOLOGIA. A LA MEDICION DE SIGNOS VITALES DENTRO DE LO NORMAL. AL EXAMENFISICO DENTRO DE LO NORMAL. AL EXAMEN FISICO NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA- NO SANGRADO TRANSVAGINAL- NO EDEMA-ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- NO REFIERECONTRACCIONES NI DOLOR- NO SANGRADO O HIDRORREA CON CERVIX CERRADO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NOREFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIEREHABITOS: DROGAS- ALCOHOL- TABACO- CAFÉ: TOMA CAFE- VIOLENCIA: NO REFIERE. GRUPO SANGUÍNEO: A+ VACUNAS: COMPLETAVIGENTE ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: FUM: 06/05/2021. FECHA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 19 AÑOS- EDAD DEMENARQUIA: 11 AÑOS. METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: NO REFIERE. PAP NO REALIZADO EMBARAZO PLANIFICADO: NO SCOREMAMA: 0. ALTURA UTERINA: 32- PRESENTACIÓN: CEFALICA- FCF: 145- MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES. DORSO LONGITUDINALIZQUIERDO. SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE AL EXAMEN FISICO SE PRESENTA ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- ACTIVAREACTIVA- PIEL Y MUCOSAS NORMOCOLOREADAS Y NORMOHIDRATADAS- CUELLO SIN ADENOAPTIAS- CARDIORESPIRATORIOSUFICIENTE- ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO- ALTURA UTERINA COMPATIBLE CON EDAD GESTACIONAL- DIURESIS YEMUNTORIOS NORMALES- EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN PATOLOGIA APARENTE. SCOR MAMA:(0) ID: EMBARAZO DE32.3SG OBTENIDO POR FUM NO CONFIABLE- CONTROL NORMAL DE EMBARAZO- RIESGO OBSTETRICO ALTO 6 PUNTOS EN TOTAL: 5PUNTOS: 1 PUNTO POR ANTECEDENTE DE ABORTO- 2 PUNTOS POR MADRE CON PREECLAMPSIA- ALCOHOL 3 PUNTOS. SE DACONSEJERIA DE ALIMENTAICON SALUDABLE- SIGNOS DE ALARMA. CUIDADOS EN EL HOGAR. SE REALIZA PRUEBA RAPIDA DE VIH YVIRUS DE HEPATITS B QUE REPORTAN NO REACTIVOS. PACIENTE AL INTERROGATORIO HOY RECIEN REFIERE HABER CONSUMIDOALCOHOL EN EL PRIMER TRIMESTRE.SCORE MAMA 0 RIESGO OBSTETRICO ALTO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 11.2 HTO 34 HEMATIES 487000 LEUCO 6190 NEUTROFILOS 64% LINFOCITOS 25.3%PLAQUETAS 442000	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otros Hallazgos Anormales En El Examen Prenatal De La Madre		O288		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	08:26	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	