



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	1314593599									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Acosta	Zambrano	Maria	Belen	M	14-01-2000	24	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0987648549		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 24 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 HV0 HM0- PRIMERA RELACION S EXUAL: 21 AÑOS - PAREJAS S EXUALES : 3-CITOLOGIAS : 1- REFIERE ANTECEDENTES DE VERRUGAS A NIVEL DEL CERVIX HACE 10-11 MES ES Y HABER ES TADO EN TRATAMIENTOEN MARZO HAS TA ABRIL CON GINECOLOGA PARTICULAR- MENARQUIA: 11 AÑOS - MENS TRUACION: IRREGULAR- DIS MINORREA: S I-ANTICONCEPTIVOS : ANTES DEL EMBARAZO UTILIZABA S OLUNA CADA MES - US O POR 3 MES ES - DEJO DE US AR EN MARZO // APP: NOREFIERE //APQX: CAUTERIZACION DE VERRUGAS DE CERVIX HACE 9 MES ES // APF PAPA- MAMA- ABUELOS - TIOS DM2- Y ABUELAMATERNA HTA- DM2- TIO MATERNO HTA// GES TANTE DE 23.6 S EG S EGÚN FUM DEL 4-7-24. NO TRAJO NINGUN LABORATORIO NIECOGRAFIA EL DIA DE HOY. ACUDE A S U CONTROL PRENATAL S IN EXAMENES DE LABORATORIO DEL. AL MOMENTO PACIENTE ES TABLE-ORIENTADA EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA- NO RAS H- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS - AS INTOMATICA. // S E REALIZA ANAMNES IS - NOREFIERE NINGUN S IGNO DE ALARMA; NO S ANGRADO- NO S ECRECIONES VAGINALES - NO DIS URIA. // AL EXAMEN FIS ICONORMOCEFALICA CON MUCOS AS HUMEDAS Y S IN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOS A- S IN ADENOPATIAS , RUIDOS CARDIACOSRITMICOS S IN S OPLOS - CAMPOS PULMONARES VENTILADOS . PEZONES FORMADOS . ABDOMEN NO DOLOROS O- S ECRECIONBLANQUECINA GRUMOS A- UTERO GRAVIDO- PRES ENTACION: INDETERMINADA- AFU: 23- DORS O LONGITUDINAL DERECHA- FCF:150LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRES ENTES . EXTREMIDADES INFERIORES : NO EDEMA. TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO: NOINFILTRADO- NO S E EVIDENCIAN LES IONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES . LUEGO DE REALZIAR EXAMEN FIS ICO S E INTERROGA A LAPACIENTE S OBRE LA S ECRECION QUE NO DIJO Y REFIERE QUE LA PRES ENTA DES DE HACE 2 DIAS . IMC S OBREPES O. S CORE MAMA ORIES GO OBS TETRICO ALTO POR: S OBREPES O 1 PUNTO- CANDIDIAS IS 3 PUNTOS (OTRA PATOLOGIA) INFECCIONES VAGINALES AREPETICION 2 PUNTOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EMBARZO DE MUY ALTO RIES GO: EXCES IVA GANANCIA DE PES O- IMC MAYOR A 25- CANDIDIAS IS ACTUALMENTE- INFECCION VAGINAL AREPETICION

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Aumento Excesivo De Peso En El Embarazo	O260	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	08:52	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	