



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	1751419522					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Figueroa		Rodriguez		Maria		Nayeli		M	13-09-2003	21	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
098-388-4495				X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.		X			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.				
13		1303	130302		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive				
					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 NULÍPARA DE 21 AÑOS DE EDAD. AGO: G2 P1 A1 C0. (ABORTO HACE 7 MES ES A LAS 6 S G) ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL- OCUPACIÓN: AMA DE CAS A- NIVEL DE INS TRUCCIÓN: BAS ICA- ETNIA: MONTUBIA- RELIGION: CATOLICA- ES TADO CIVIL: UNIÓN LIBRE- LUGAR DE NACIMIENTO: EL CARMEN- LUGAR DE RES IDENCIA ACTUAL: 9 DE OCTUBRE- REFERENCIA DE DOMICILIO: DETRAS DE LA CAS A COMUNAL- S EGURO: NO- NUMERO CELULAR: 096-832-3199- TELÉFONO DE CONTACTO: 093-936-8422 (S UEGRA -MARGARITA ZAMBRANO). PRIMERA RELACIÓN S EXUAL: 16 AÑOS - PAREJAS S EXUALES : 1- CITOLOGÍAS : 0- MENARQUIA: 12 AÑOS -MENS TRUACIÓN: IRREGULAR- DIS MENORREA: S I- ANTICONCEPTIVOS : HORMONAL INYECTABLE. APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. APF: NIEGA. GES TANTE DE 11 S G S EGÚN FUM DEL 15/10/2024. ACUDE A S U CONTROL PRENATAL CON EXÁMENES DE LABORATORIO DEL 09/12/2024 QUE REPORTAN: HCG CUALITATIVA POS ITIVO. AL MOMENTO PACIENTE ES TABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA- NO RAS H- NO CONJUNTIVITIS - MENCIONA CUADRO CLÍNICO DE 7 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR S ENS ACIÓN DEALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA Y DOLOR ARTICULAR POR LO QUE ACUDE A EMERGENCIAS DE HNDC EL 25/12/2024 DONDE PRES CRIBEN CEFALEXINA 500 MG C/8H X7 DIAS + ARCOXIA 60 MG 1 DIARIA. POS TERIOR A ES O ACUDE AL CDS CHONE TIPO C EL 27/12/2024 POR FALTA DE RES OLUCION DE S INTOMAS DONDE RECIBE HIDRATACION INTRAVENOSA A E INDICAN REPOS O EHIDRATACION ORAL. S E S OLICITO PRUEBA DE DENGUE PERO LA PACIENTE NO S E LA REALIZÓ POR DIFICULTAD ECONOMICA. AL MOMENTO MENCIONA ES CALOFRIOS NOCTURNOS - NIEGA S ANGRADOS - NIEGA MALES TAR GENERAL. MENCIONA S ECRECION VAGINALES PES A AMARILLENTO MAL OLIENTE- PRURITO INTENS O- DIS PAREUNIA Y DIS URIA. TAMBIEN MENCIONA NAUSEAS Y VOMITOS PRE Y POSTNATALES . AL EXAMEN FÍS ICO NORMOCEFALICA CON MUCOS A HÚMEDAS Y S IN PALIDEZ. FARINGE NO ERYTEMATOSA- S IN ADENOPATÍAS . RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS S IN S OPLOS - CAMPOS PULMONARES VENTILADOS . PEZONES FORMADOS . ABDOMEN NODOROSO O- ÚTERO GRÁVIDO- PRES ENTACIÓN: INDETERMINADA- AFU: NO VALORABLE- FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES AUS ENTES . EXTREMIDADES INFERIORES : NO EDEMA. TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO S E EVIDENCIAN LES IONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES . ES TADO NUTRICIONAL: S OBREPES O. S CORE MAMA: 0. RO: 4. PUNTOS = ALTO (S OBREPES O + ABORTO PREVIOS + PERIODO INTERGENES ICO -18 MES ES)	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
SE SOLICITA CONTROL POR ESPECIALIDAD A PACIENTE CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO + SOSPECHA DE HIPEREMESIS GRAVIDICA.	

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
2024-12-31	02:03	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	