



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	1351457336							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Mala	Maria	Belen	M	05-03-2005	19	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
099-350-0161		X		MOTIVO							
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 NULÍPARA DE 19 AÑOS DE EDAD. AGO: G0 P0 A0 C0. ACUDE A TERCER CONTROL PRENATAL- OCUPACIÓN: ES TUDIANTE-NIVEL DE INS TRUCCIÓN: BACHILLER- ETNIA: MONTUBIA- RELIGIÓN: NO TIENE- ES TADO CIVIL: S OLTERA- LUGAR DE NACIMIENTO: CHONE-LUGAR DE RES IDENCIA ACTUAL: AV. CARLOS ALBERTO ARAY- REFERENCIA DE DOMICILIO: FRENTE A LA FARMACIA S ANTA MARTHA-S EGURO: NO- NUMERO CELULAR: 099-350-0161- TELÉFONO DE CONTACTO: 098-989-1170 (HERMANA - LOOR MALA CINDY). // PRIMERARELACIÓN S EXUAL: 16 AÑOS - PAREJAS S EXUALES : 2- CITOLOGÍAS : 0- MENARQUIA: 10 AÑOS - MENS TRUACIÓN: REGULAR-DIS MENORREA: S I- ANTICONCEPTIVOS : NO REFIERE. // APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. APF: MADRE DIABETICA. ALERGIAS : NOREFIERE. HABITOS : NIEGA. GRUPO S ANGUÍNEO: AB +. // GES TANTE DE 29.1 S G S EGÚN FUM DEL 27/06/2024. POR ECOGRAFIA 22.6S G. (DIS CORDANCIA DE 6 S EMANAS GES TACIONALES). // AL MOMENTO PACIENTE ES TABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ES PACIO YPERS ONA- NO RAS H- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS - AS INTOMÁTICA. // S E REALIZA ANAMNES IS - NO REFIERE NINGÚN S IGNO DEALARMA; NO S ANGRADO- NO S ECRECIONES VAGINALES - NO DIS URIA. // ES TADO NUTRICIONAL: S OBREPES O + GANANCIA ADECUADA /INADECUADA. // S CORE MAMA: 0. // RO: 4 PUNTOS = ALTO (OBES IDAD + EDAD).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA DEL 30/12/2024 QUE REPORTA: FETO UNICO CEFALICO DORS O ANTERIOR Y LONGITUDINAL- COLUMNA VERTEBRALCERRADA. PLACENTA ANTERIOR GRADO I. EDAD GES TACIONAL 20.2. FPP 17/05/2024. FCF 142. // EXÁMENES DE LABORATORIO DEL04/12/2024 QUE REPORTAN: HG: 11.4- HCT 34- PLAQ 329- NEU 67% - GLUCOS A EN AYUNAS 89- TORCH NEGATIVO- TOXOPLAS MA IGGPOS ITIVO- CITOMEGALOVIRUS IGG POS ITIVO. EMO: LEUC +- S EDIMENTO: LEU 17-20 X CAMPO- HEMATIES 2-3 XCAMPO- MUCUS YFIBRAS HIALINAS (+++)- BACTERIAS (++)

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
2025-01-20	02:59	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	