



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	Canuto	CS	1727914267						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Mieles	Shirley	Estefania	M	04-09-2007	17	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
099-809-1902 / (09)-980-9190		X		MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
PARROQUIA		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
13		1303		130352		X				

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 17 AÑOS ACUDE A SU SEXTO CONTROL PRENATAL Y POR S OLCITUD DE REFERENCIA GINECOLOGIA - S EREALIZA ATENCION AMIGABLE DEL ADOLES CENTE.PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD CURS A 29.4 S G S EGÚN FUM: DEL20/06/2024 CON FPP 27/03/2024. APP: NO REFIERE. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: LIPOMA EN MAMA IZQUIERDO. APP: NO REFIERE.ANTECEDENTES GINECOBS TETRICOS : G:0. P:0. C:0. A:0 MENARQUIA 13 AÑOS - CICLO MENS TRUAL REGULARES . INICIO DE VIDA S EXUALACTIVA 15 AÑOS - PAREJAS S EXUALES 1- ENFERMEDAD DE TRANSMIS ION S EXUAL NO REFIERE. S E REALIZA ATENCION AMIGABLE DELADOLES CENTE RES IDE EN CAS A GRANDE MENCIONA QUE CONTINUA ES TUDIANDO EN EL COLEGIO 26 DE S EPTIEMBRE- S E S IENTE MUYACEPTADA- MENCIONA QUE LE DAN COMIDA S US FAMILIARES Y S E S IENTE QUERIDA- NO REFIERE NINGUN TIPO DE VIOLENCIA.PACIENTE NO REFIERE NOVEDADES . NO RAS H- NO S ANGRADOS - NO S ECRECIÓN. EXAMEN FIS ICO. ABDOMEN: GES TANTE- ALTURAUTERINA 30- POS ICION: NO S E APLICA FCF: 140LPM- EXTREMIDADES NO EDEMAS . A: AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILA- AFEBRIL- ORIENTADA EN TIEMPO Y ES PACIO. GLAS GOW 15/15- NIEGA S IGNOS DE ALARMA. NIEGA S INTOMATOLOGIA NEUROLÓGICA-RES PIRATORIA Y URINARIA. PACIENTE CURS A CON UN RIES GO OBS TÉTRICO ALTO : 4P (1P POR MENOR EDAD 17 AÑOS + 3P IMCMENOR A 18) . TA 85/62 - FC 87 - TEMP 36 - FR 19 . S CORE MAMA 2. GANANCIA DE PES O: INADECUADA. PROTEINURIA: NO REACTIVO .S E REALIZA TAMIZAJE DE VIH- S IFILIS Y CHAGAS CORRES PONDIENTES A TERCER TRIMES TRE DE EMBARAZO: NO REACTIVOS . TRAECONS IGO EXAMENES DE S ANGRE Y ECOGRAFIA DE TERCER TRIMES TRE. ECOGRAFIA 05 DE DICIEMBRE: FETO UNICO VIVO DE 22S EMANAS 1 DIA- POS ICION CEFALICA- PLACENTA ANTERIOR GRADO I HOMOGENEA. PES O 487 GRAMOS . FRECUENCIA CARDIACA 143LPM- NO S E OBS ERVA CIRCULAR DE CORDON. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. S E DA CHARLA DE METODOS ANTICOCEPTIVOS -S ALUD S EXUAL Y REPRODUCTIVA S E INTERROGA ENTENDIMIENTO DE LA CHARLA. S E REALIZA TAMIZAJE DE TERCER TRIMES TRE DEEMBARAZO : S IFILIS - HEPATITIS B - CHAGAS : NO REACTIVOS . PACIENTE PRES ENTA ECOGRAFIA DEL DIA 10 DE ENERO FETO UNICOVIVO- EDAD GES TACIONAL 27. 1 S EMANAS - POS ICION PODALICA- ILA CANTIDAD ADECUADA - PLACENTA HOMOGENEA GRADO I- PES OES TIMADO 967- S E S OLCITIA VALORACIÓN POR ES PECIALIS TA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA DEL DIA 10 DE ENERO FETO UNICO VIVO- EDAD GES TACIONAL 27. 1 S EMANAS - POS ICION PODALICA- ILA CANTIDADADECUADA - PLACENTA HOMOGENEA GRADO I- PES O ES TIMADO 967.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Presentacion De Nalgas	O321	X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-24	12:00	Diana	Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1351725732				

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	