



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	1313736553						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Olmedo	Luque	Andrea	Tatiana	M	27-08-1997	27	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
099-277-0988		X								
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		130302		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 SECUNDIGESTA DE 27 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR TERCER CONTROL PRENATAL. AGO: G2 P1 A0 C0.PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 19 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 1- CITOLOGIAS: 0 - MENARQUIA: 12 AÑOS- MENSTRUACIÓN: IRREGULAR-DIS MENORREA: NO- ANTICONCEPTIVOS: ORALES COMBINADOS. EMBARAZO NO PLANIFICADO. APP: GASTRITIS. APQX: NO REFIERE. APF:MADRE CON INS UFICIENCIA RENAL. ALERGIAS: NO REFIERE HABITOS: DROGAS- ALCOHOL- TABACO- CAFÉ: NO REFIERE VIOLENCIA: NOREFIERE- GRUPO SANGUÍNEO: O+. GESTANTE DE 33.6 SG SEGÚN FUM DEL 19/05/2024 EN ECOGRAFIA ACTUAL DE 30/12/2024REPORTA EMBARAZO DE 31 SEMANAS CON FETO UNICO VIVO CON UN PESO DE 1671 GRAMOS ILA EN CANTIDAD ADECUADA(NOESPECIFICA VOL) PLACENTA DE INSERCIION BAJA HOMOGENEA- CON 153LPM . Y CON EXÁMENES DE LABORATORIO DEL 30/12/2024QUE REPORTAN EN ORINA LEUCOCIOTOS DE 7-9 POR CAMPO- ++ DE BACTERIAS- 20-25 XC PIOCITOS- 3-6 HEMATIES- PROTEINAS + -PH 7. PARA LO CUAL PRESENTA RECETA QUE LE DIERON MEDICACION EN EL AREA DE EMERGENCIA NITROFURANTOINA 1 CAPS ULACADA 6 HORAS POR 7 DIAS- GESLUTIN 100 MG CADA 12 HORAS POR 10 DIAS. DOLOVAN 1 CADA 8 HORAS POR 3 DIAS. AL MOMENTOINDICA QUE PRESENTA DOLOR EN REGION PELVICA Y MOLESTIAS AL MICCIONAR MAS DIS URIA- HEMATURIA VS COLURIA. AL MOMENTOPACIENTE ESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS SE REALIZA ANAMNESIS-NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; MENCIONA QUE EL 29/12/2024 TUVO UN LIGERO SANGRADO- NO SECRECIONES VAGINALES.AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HÚMEDAS Y PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA- SIN ADENOPATIAS. RUIDOSCARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO- ÚTEROGRÁVIDO- ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD . SCORE MAMA: 1. RIESGO OBSTETRICO ALTO (5 PUNTOS) 3 PUNTOS POR OBESIDAD-INFECCIONES URINARIAS RECURRENTES (2). SE REALIZA TAMIZAJE DE VIH- SIFILIS Y CHAGAS NO REACTIVOS A LA FECHA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA REPORTA INSERCIION BAJA DE PLACENTA MAS EXAMEN DE ORINA CON ALTERACION- MENCIONA HABER RECIBIDOTRATAMIENTO PERO SINTOMAS PERSISTEN SE SOLICITA CULTIVO DE ORINA

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Malformacion De La Placenta	O431		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-10	02:22	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	