



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	1313736975							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Heredia	Cedeño	Maria	Fernanda	M	08-07-1998	26	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-358-5503		X									
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 26 AÑOS DE EDAD. AGO: G2 P0 A0 C2 (CUP 4 AÑOS). ACUDE A CUARTO CONTROL PRENATAL- OCUPACIÓN:AMA DE CASA- NIVEL DE INSTRUCCIÓN: BACHILLER- ETNIA: MONTUBIA- RELIGIÓN: CATOLICA- ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE- LUGAR DENACIMIENTO: CHONE- LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: TABLADA DE SANCHEZ- REFERENCIA DE DOMICILIO: JUNTO AL COLEGIO CARLOSMARIA CASTRO- SEGURO: NO- NUMERO CELULAR: 098-358-5503- TELÉFONO DE CONTACTO: 098-358-6123 (PRIMA - PIERINA CEDEÑO)// PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 17 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 2- CITOLOGÍAS: 1- MENARQUIA: 11 AÑOS- MENSTRUACIÓN: IRREGULAR-DIS MENORREA: SI- ANTICONCEPTIVOS: HORMONAL INYECTABLE. // APP: NO REFIERE. APQX: 2 CESAREAS. APF: PADRE HIPERTENSO.ALERGIAS: NO REFIERE. HABITOS: NIEGA. GRUPO SANGUÍNEO: B +. // GESTANTE DE 27 SG SEGÚN FUM DEL 01/07/2024. ACUDE A S UCONTROL PRENATAL CON ESTUDIO DE IMAGENES DEL 16/12/2024 - ECO OBSTETRICO REPORTA: EMBARAZO DE 23.4 SG FPP10/04/2025. HUESO NASAL PRESENTE. CORAZON 4 CAMARAS. MOVIMIENTOS GETALES ACTIVOS. SEXO FEMENINO. PRESENTACIONPODALICO UNICO DORSO DERECHO. // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- NO RASH- NOFIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- ASINTOMÁTICA. // SE REALIZA ANAMNESIS- NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO.SECRECION VAGINAL ESPESA AMARILLENTA QUE CAUSA PRURITO. NIEGA SINTOMATOLOGIA URINARIA. // AL EXAMEN FÍSICONORMOCEFALICA CON MUCOSAS HÚMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA- SIN ADENOPATÍAS. RUIDOS CARDIACOSRÍTMICOS SIN SOPLOS- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO- ÚTERO GRÁVIDO- PRESENTACIÓN: PODÁLICA- AFU: 28. FCF: 152. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDOCELULAR S UBCUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. // ESTADO NUTRICIONAL:SOBREPESO + GANANCIA INADECUADA. // SCORE MAMA: 0. // RO: 5 PUNTOS = ALTO (IMC + INF. VAGINALES A REPETICIÓN)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ACUDE A S U CONTROL PRENATAL CON ESTUDIO DE IMAGENES DEL 16/12/2024 - ECO OBSTETRICO REPORTA:EMBARAZO DE 23.4 SG FPP 10/04/2025. HUESO NASAL PRESENTE. CORAZON 4 CAMARAS. MOVIMIENTOS GETALES ACTIVOS. SEXOFEMENINO. PRESENTACION PODALICO UNICO DORSO DERECHO.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa		O342		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-01-16	09:20	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	