



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	1350884522						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Marcillo	Molina	Carlina	Dolores	M	15-04-2000	24	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
098-205-8849		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						
24	2401	240150	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 SECUNDIGESTA DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL PRENATAL. AGO: G3 P0 A2 C1.(13/12/2018) PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 15 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 1- CITOLOGÍAS: 0- MENARQUIA: 14 AÑOS- MENSTRUACIÓN:IRREGULAR- ANTICONCEPTIVOS: NO UTILIZABA. EMBARAZO NO PLANEADO. APP: PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO PASADO APQX: NOREFIERE. APF: NO REFIERE GESTANTE DE 9.5 SG SEGÚN ULTIMA ECOGRAFIA DEBIDO A QUE EL FUM DEL 06/09/2024 NO ES CONFIABLE. ACUDE A S U SEGUNDO CONTROL PRENATAL CON EXAMENES DE LABORATORIO (03-12-24) EL CUAL REPORTA: HG 13.4-HTO 40.5%- PLAQ 232- GLUCOSA 89.62- UREA 19.4- CREAT 0.7- TGO 17.7- TGP 15.6- TORCH: NEGATIVO- TOXOPLAS MA IGG POSITIVO-RUBEOLA IGG POSITIVO- HSV1 IGG POSITIVO. EMO QUIMICO NEGATIVO- SEDIMENTO: C.EPITELIALES 6-8- LEU 4-6- BACTERIAS ++-FILAMENTO MUCOSO +. PACIENTE TRAE A CONS ULTA ECOGRAFIA (03-12-24) EL CUAL REPORTA: UTERO GESTANTE EN ANTEVERSION-PRESENCIA EN CAVIDAD UTERINA DE SACO GESTACIONAL QUE MIDE 41MM- QUE CORRESPONDE A 9.3 SG- BORDES REGULARES YBUENA CANTIDAD DE LIQUIDIO AMNIOTICO EN S U INTERIOR. FUM NO ACORDE A EDAD GESTACIONAL POR ULTRASONIDO. ALINTERROGATORIO REFIERE NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- ASINTOMÁTICA. SE REALIZA ANAMNESIS- NO REFIERE NINGÚNSIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO- SECRECIONES VAGINALES TIPO BLANQUESINA- NO DIS URIA. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALICACON MUCOSAS HÚMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA- SIN ADENOPATÍAS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS-CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO- ÚTERO GRÁVIDO. EXTREMIDADES INFERIORES:NO EDEMA. TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADONUTRICIONAL: NORMOPESO SCORE MAMA: 0 RO: 4 PUNTOS ?ALTO (1 ABORTO (1)- ANTECEDENTE PREECLAMPSIA (3). SE REALIZAREFERENCIA A GINECOLOGIA POR PARTE DE PROTOCOLO POE EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HG 13.4- HTO 40.5%- PLAQ 232- GLUCOSA 89.62- UREA 19.4- CREAT 0.7- TGO 17.7- TGP 15.6- TORCH: NEGATIVO- TOXOPLAS MA IGGPOSITIVO- RUBEOLA IGG POSITIVO- HSV1 IGG POSITIVO. EMO QUIMICO NEGATIVO- C.EPITELIALES 6-8- LEU 4-6- BACTERIAS ++-FILAMENTO MUCOSO +.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Supervision De Embarazo Con Historia De Aborto	Z351		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-11	07:50	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	