



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	1312371113							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Muñoz	Vidal	Mercedes	Leopoldina	M	23-08-1985	39	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0983855369		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X			
13	1303	130352	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 FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD- NACIDA EN CHONE- RESIDENTE CHORRERA MEDIO- TEF: 0963909055-. CONTACTO DEREFERENCIA: ESPOSO JUNIOR VERA TELF: 0983855369 OCUPACIÓN AMA DE CASA. ACUDE A CONS ULTA SEGUNDO CONTROL DELEMBARAZO CURSA 12 SEMANAS SG SEGÚN FUM: 10//11/2024 CON FPP 19/08/2025. APP: NO REFIERE. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ:NO REFIERE. APF: MADRE CON HIPERTENSION ARTERIAL. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS: G:1. P:0. C:0. A:1 (FECHA DE ABORTO09/11/2020) MENARQUIA: 14 AÑOS- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 32 AÑOS- NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1- ENFERMEDAD DETRANMISION SEXUAL: NO REFIERE- PERIODOS DE MENSTRUACION IRREGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NINGUNO. EMBARAZO NOPLANIFICADO. PACIENTE REFIERE DOLOR DE CABEZA Y PRESIONES ELEVADAS DESDE HACE 8 DIAS . TIENE ANTECEDENTES DETENSIONES ELEVADAS EN EMBARAZO ANTERIOR QUE TERMINO EN ABORTO - AL MOMENTO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIARESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NI NEUROLOGICA- NO SANGRADOS- NO SECRECION- NO RASH. PACIENTE CONSCIENTEORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- AFEBRIL A LA CONS ULTA- GLASGOW15/15- EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE- ALTURAUTERINA: NA- POSICION: NA. FCF: NA. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO BAJO= 6 PUNTOS(EDAD 39 AÑOS =1 PUNTO- ABORTO =1 PUNTO- SOBREPESO 1P TRASTORNO HIPERTENSIVO =3P) . TA 135/70. SCORE MAMA 1.GANANCIA DE PESO: NO APLICA. TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION.VACUNACION DE TETANOS: NO SE APLICA HASTA LA SEMANA 20. SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO MAS ASPIRINA 100 MG-CALCIO: 1500 MG. PROGESTERONA 200MG CADA 12 HORAS POR 15 DIAS - METILDOPA 250MG CADA 8 HORAS. IC ODONTÓLOGIA. SECITA A CONTROL.SE INDICAN SEÑALES DE PELIGRO Y SIGNOS DE ALARMA EN CASO DE PERSENTAR ALGUNO ACUDIR AL HOSPITAL DEREFERENCIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: FETO PRESENTE CON LCR QUE MIDE 35MM QUE CORRESPONDE A 10.4 SEMANAS DE GESTACION -LATIDOS CARDIACOS17 LPM - CERVIX DE LONGITUD NORMAL - CORDON PLACENTARIO DE IMPLANTACION POSTERIOR - VASOS ESPIRALES CON AUMENTO DEFLUJO VASCULAR HACIA ENDOMETRIO - VESICULA VITELINA VISTA Y BIEN FOMADA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hipertension Esencial (Primaria)		I10X	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-20	09:19	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	