



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	0921493359													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Zambrano		Sosa		Katherine		Grey		M	28-04-1991	33	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
099-504-2849				☒		☐													
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		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 33 AÑOS DE EDAD- NACIDA EN POSORJA - RESIDENTE CANUTO -CALLE FLORIDA - TEF:0995042849 -CONTACTO DE REFERENCIA: ESPOSO CRISTHIAN MARCILLO TELF:0959725713 OCUPACIÓN_AMA DE CASA _ ACUDE A CONS ULTA PORPRIMER CONTROL DEL EMBARAZO AQUI EN CANUTO REFIERE QUE HACIA CONTROLES EN CUENCA : C.S N4 CARLOS ELIZALDE YACTUALMENTE VA A VIVIR EN CANUTO . EMBARAZO. CURSA 30 SG SEGÚN FUM: 08/07/2024 _CON FPP 14/04/2025. APP: NO REFIERE.ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: 2 CESAREA SEGMENTARIAHACE 7 AÑOS . APF:NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS: G:3.P:0. C:2. A:1 (FECHA DE ULTIMA GESTACION ABORTO : 12/09/2023_) MENARQUIA: 11 AÑOS- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 16 AÑOS-NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 3 - ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE- PERIODOS DE MENSTRUACION REGULARES:PLANIFICACIÓN FAMILIAR: HORMONAL INYECTABLE. EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIARESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NI NEUROLOGICA- NO SANGRADOS- REFIERE SECRECION DE BLANQUECINA GRUMOSA - NORASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- AFEBRIL A LA CONS ULTA- GLASGOW15/15- EXAMEN FISICO:ABDOMEN: GESTANTE- ALTURA UTERINA: 28 CM - POSICION: OBLICUO. FCF: 143 LATIDOS POR MINUTO . EXTREMIDADES NO EDEMAS.PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO MUY ALTO 8 PUNTOS = (ABORTO =1P- PERIODO INTERGENESICO MENOR 18 MESES=2P- OBESIDAD IMC - 30=3P CICATRIZ UTERINA PREVIA=2P) . TA 96/66. SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: INADECUADO . TIRILLAPROTEINURIA: NEGATIVO . VACUNACION DE TETANOS: 2DA DOSIS APLICACION HOY (03/02/2025) . SE INDICA EXAMEN DE GLUCOSA YTORCH . SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO+ ACIDO ACETIL SALICILICO + CALCIO 1.5MG IC ODONTÓLOGIA. SE CITA A CONTROL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: WBC : 10.07 LINFOCITOS 2.60 GRABNULOCITOS 52 HGB : 11.9 G/DL HCT: 34.6 PLAUQUETAS :386 MCV : 94.3 MONOCITOS 0.47 UROANALISIS: COLOR : AMARILLO ASPECTO : TURBIO DENSIDAD /PH 1020 EXAMEN QUIMICOBILIRUBINA NEGATIVO CETONAS NEGATIVO GLUCOSA NEGATIVO BACTERIAS +++ HEMATIES 0.1 CELULAS 1-3 XC GLOBULOSBLANCOS 15- 20 X C

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion		Z359	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-19	09:35	Diana		Delgado	Rodríguez
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	