



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	Nause	CS	1350419493							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cedeño	Cedeño	Jasmine	Birmanía	M	19-07-1993	31	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0978668247		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130302									
			1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.				
			2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.				
			3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive				
			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 31 AÑOS DE EDAD.MULTIGESTA- MULTIPARA G2. AO. P2 APP: NO REFIERE . APF: NO REFIERE. APQ: NO. NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. PAPTEST: NUNCA. DE OCUPACION: AMA DE CASA. ABORDAJE TARDIO A LAS 17.1SG X ECO. FUM: 17/08/2024 POR ECO- SE REALIZA CONTROL DE EMBARAZO A LA 29.5 SG SEGÚN ECO FPP: 25/05/2025. NO REFIERE SIGNOS PATOLÓGICOS/AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- ACTIVA- REACTIVA- ALERTA- ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA: NORMOCEFÁLICA- CUELLO: SIN ADENOPATIAS PALPABLES- RUIDOS CARDIACOS: NORMALES RÍTMICOS NO SOPLOS- CAMPOS PULMONARES: CLAROS Y VENTILADOS- ABDOMEN: AU 29/ NO DOLOROSO A LA PALPACION- EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS- NO EDEMA.EN PRIMERA ECOGRAFIA 16/12/2024 CON 17.1 SG- CON REPORTE: ÚTERO CON FETO ÚNICO EN POSICION CEFÁLICO DORSO LATERAL DERECHO. FCF: 148LPM. CORDON UMBILICAL 2 ARTERIAS 1 VENA. NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDON. PLACENTA FUNDICA ANTERIOR - GRADO I- DE MADURACION LIQUIDO AMNIOTICO SUFICIENTE PARA EDAD GESTACIONAL. ILA: 5.40CM. PESO: 194G (ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL). EN 2NDA ECOGRAFIA MORFOLOGICA 04/02/2025 CON 24.3SG: FETO ÚNICO PODALICO- DORSO POSTERIOR- LONGITUDINAL PLACENTA GRADO DE MADUREZ II- DE UBICACION ANTERIOR- LATIDOS CARDIACOS PRESENTES. VENTRICULOS LATERALES- CEREBELO- FOSA POSTERIOR- PLEXOS COROIDEOS- CAVUM SPTUM PELLICIDUM- HUESO NASAL: NORMAL. ORGANOS NORMALES- FETOMETRIA: DB: 59MM- CC: 219MM- PA: 198MM- LONGITUD DE FEMUR: 44MM. ILA NORMALPESO: 715 GRAMOS (ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL) FCF: 140LPM. SEXO FEMENINO- ART. UMBILICAL: I.-RESISTENCIA: 0.77/ I. PULSATIBILIDAD: 1.27/ SISTOLE/ DIASTOLE: 4.36/PRESENCIA DE CIRCULAR SIMPLE DE CORDON. LABORATORIOS 4/02/2025: HB: 11.4/ HCT: 34.9/ LEUCOS: 11.58- LINF. 27.7/ PLAQUETAS: 269 / GLUCOSA: 76MG/DL/ UREA: 19/ CERATININA: 0.6/ TORCH: NEGATIVO/ HEPATITIS B: NEGATIVO/ COOMBS INDIRECTO: NEGATIVO/ HERPES IGG/ IGM: NEGATIVOS.EMO: PH: 6/ LEUCOS+++ PROTEINAS +/- NITRITOS: NEGATIVOS/ HEMOGLOBINA +++/ CELULAS: 28-36XC/ CULTIVO DE ORINA: CRECIMIENTO MIXTO DE MAS DE 3 TIPOS DE COLONIAS./ SE SOLICITA ANTIBIOGRAMA FCF EN CONSULTA: 148 LPM. PROTEINAS Y NITRITOS NEGATIVOS EN TIRILLA REACIVA. FACTORES MODIFICABLES : PESO-CAMBIOS EN LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL. FACTORES NO MODIFICABLES : EMBARAZO NO PROGRAMADO -BAJA ESCOLARIDAD-FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION INCIERTA- VIVIENDA Y CONDICIONES SANITARIAS DEFICIENTES. LLENADO DE LIBRETA INTEGRAL DE SALUD. SE DA ASESORIA DE ALIMENTACION SALUDABLE. DIETA RICA EN FRUTA Y VERDURA- LECHE- HUEVO- CARNE- POLLO- PESCADO- FRACCIONADA EN 5 COMIDAS- EVITAR EXCESO DE SAL- FRITOS Y CARBOHIDRATOS- ACTIVIDAD FISICA NO EXTENUANTE-HIGIENE PERSONAL- SALUD BUCAL- ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO PELVICO - VACUNACIÓN SEGÚN ESQUEMA SE SOLICITA EL DIA DE HOY ? CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR / GESTANTE REFIERE SU DESEO A LA ESTERILIZACION QUIRURGICA- EDUCACIÓN PRENATAL ? GIMNASIA OBSTÉTRICA LAVADOS DE MANOS - VECTORES - ASESORÍA ITS Y VIH

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SE REALIZA TAMIZAJE DE VDRL (NO REACTIVO) . CONSEJERIA VIOLENCIA DE GÉNERO- TAMIZAJE VIOLENCIA DE GENERO NEGATIVO. SE RECALCAN SIGNOS DE ALARMA- PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE- CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA- CONSEJERIA ZIKA Y DENGUE- SE MANTIENE PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA(IMC MAYOR A 25(36.46)/ EMO 2NDO TRIMESTRE IVU/TA MAYOR A 120)CON ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG QD/HIERRO 60MG + AC. FOLICO 10AM / CALCIO TOMAR 1 TAB C/8H. ALDOMET 250MG CADA 12 HORAS/SE ENVIA REFERENCIA A GINECOLOGIA- ODONTOLOGIA FUE ATENDIDA EN LA UNIDAD. PENDIENTE A PROXIMO CONTROL PRENATAL / SE ENVIA ECOGRAFIA DE LAS 32-34 SG. (SE DEJA ABIERTA A DISPOSICION REVISION DE MISMOS).SE INDICA PRÓXIMO CONTROL. PACIENTE REFIERE ADEMÁS PRURITO EN REGION EXTERNA DE GENITALES- SE ENVIA TOPICO.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo	Z358		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-03-13	05:08	Eyleen	Pesantes	Castro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1316282464				



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		