

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	1314439132					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
							H	D	M	A	
Vera	Herrera	Priscila	Jazmin	M	21-12-1999	25				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO			
098-578-8940											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		☐ ☐ ☐ ☐ ☐	6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐ ☐ ☐ ☒ ☐			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1303	130302									

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	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE S ECUNDIGES TA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A ES TA CAS A DE S ALUD POR PRIMER CONTROL PRENATAL. AGO: G1 P0 A0 C1.(21/09/18) PRIMERA RELACIÓN S EXUAL: 18 AÑOS - PAREJAS S EXUALES: 1- CITOLOGÍAS: NO- MENARQUIA: 14 AÑOS - MENS TRUACIÓN:REGULAR- DIS MENORREA: S I- ANTICONCEPTIVOS : NO UTILIZABA. EMBARAZO PLANEADO. APP: PRECLAMPS IA EN S U PRIMER EMBARAZO.APQX: CUP1 APF: MADRE HTA GES TANTE DE 20.4 S G S EGÚN ÚLTIMA ECOGRAFIA. PACIENTE REFIERE QUE NO RECUERDA EL FUM. S ECALCULA FUM DE ACUERDO A ÚLTIMA ECOGRAFIA (02/03/25). TRAE A CONS ULTA BHCG CUALITATIVA POS ITIVA Y ECOGRAFIA(22/07/25) EL CUAL REPORTA: FETO UNICO VIVO- S EXO M ÁS CULINO- PRES ENTACION TRANS VERS O POLO CEFALICO DERECHO DORS OS TERIOR- FCF: 164 LPM- NO S E EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDON- TEJIDOS OS TEOMUS CULAR S IN ALTERACIONES - PLACENTAFUNDICA ANTERIOR GRADO I DE MADURACION- LIQUIDO AMNIOTICO S UFICIENTE PARA EDAD GES TACIONAL- ILA 14.85CM- PES O:331GR. ID: EMB DE 20.2 S EMANAS DE GES TACION POR BIOMETRIA FETAL. FPP: 07/12/25. PACIENTE REFIERE QUE NO HA TENIDOOTROS CONTROLES . AL MOMENTO PACIENTE ES TABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA- NO RAS H- NO FIEBRE-NOCONJUNTIVITIS - AS INTOMÁTICA. S E REALIZA ANAMNES IS - NO REFIERE NINGÚN S IGNO DE ALARMA; NO S ANGRADO- NO S ECRECIONESVAGINALES - LEVE DIS URIA. PACIENTE NO S E EXPRES A CORRECTAMENTE POR EL CUAL S E PIDE QUE EN S U PROXIMO CONTROL LAACOMPÑE OTRA PERS ONA. PACIENTE A PES AR DE LAS INDICACIONES EN LA CAPTACION NO DES EA TOMAR S ALES DE HIERRO +ACIDO FOLICO YA QUE LE DA VERTIGO. S E LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE S U MEDICACION (CALCIO 500MG QD+ ACIDO ACETILS ALICILICO 100MG QD + S ALES DE HIERRO + ACIDO FOLICO 60 MG QD). A LA VEZ MENCIONA QUE EN S U PRIMER TRIMES TRE INGIRIOALCOHOL EN VARIAS OCAS IONES . AL EXAMEN FIS ICO NORMOCEFALICA CON MUCOS AS HÚMEDAS Y S IN PALIDEZ. FARINGE NOERITEMATOS A- S IN ADENOPATÍAS . RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS S IN S OPLOS - CAMPOS PULMONARES VENTILADOS . PEZONESFORMADOS . ABDOMEN NO DOLOROS O- ÚTERO GRÁVIDO- PRES ENTACIÓN: TRANS VERS O- AFU: XXX- FCF: 145 LPM. MOVIMIENTOSFETALES PRES ENTES . EXTREMIIDADES INFERIORES : NO EDEMA. TEJIDO CELULAR S UBUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO S E EVIDENCIANLAS IONES DÉRMICAS EN EXTREMIIDADES . ES TADO NUTRICIONAL: NORMOPES O S CORE MAMA: 0 RO: (PERIODO INTERGENES ICO -5años - 1 PUNTO + ANTECEDENTE PREECLAMPS IA- 3 PUNTOS + ALCOHOL EN PRIMER TRIMES TRE- 3 PUNTOS) = 7 PUNTOS RIES GO MUYALTO POR EL CUAL S E REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA + IC A MEDICINA FAMILIAR

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

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
2025-07-24	03:48	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1709823288				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

ANEXO 1									
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. DIAGNÓSTICOPRE= 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	