



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	San Antonio	CS-A	0931607592							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Castillo	Pincay	Odalys	Maria	M	12-11-2002	22	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
097-862-6901 /		X									
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		X		
13	1303	130350	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 NULIPARA DE 22 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 HV0 HM0- PRIMERA RELACION SEXUAL: 20 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 6-CITOLOGIAS: 0- MENARQUIA: 11 AÑOS- MENSTRUACION: IRREGULAR- DIS MINORREA: SI- ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVOSORALES COMBINADOS. GESTANTE DE 6.3 SG SEGÚN FUM DEL 18/07/2025. GESTANTE DE 6.4 SEGUN ECOGRAFIA 21/08/2025 CON 5.0SG ACUDE A S U CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFIA REALIZADA REPORTADA EN SISTEMA. Y EXAMENES EN SISTEMA. AL MOMENTOPACIENTE ESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- ASINTOMATICA. // SEREALIZA ANAMNESIS- NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO- NO SECRECIONES VAGINALES- NO PRURITO- NODIS URIA- NO DISPAREUNIA // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NOERITEMATOSA- SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS- CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONESFORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO- UTERO GRAVIDO- PRESENTACION: INDETERMINADA- AFU: NO VALORABLE- FCF: NO VALORABLE.MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR S UBCUTÁNEO: NO INFILTRADO- NO SEEVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 5 PUNTOS = ALTO(2 MADRE CON PREECLAMIA-3 DIABETES)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
BIOMETRIA HEMATICA: HB 14.5 // HTO 41.9 // PLAQUETAS 344 // NEU 64.3 // LINF 29.2 GLUCOSA: GLUCOSA 82 // COLESTEROL TOTAL199 // TRIGLICERIDOS 86 // TGO 29 // TGP 33 // TSH 0.97 // FT3 2.23 // FT4 1.07. ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE- PRESENCIA ENCAVIDAD UTERINA DE SACO GESTACIONAL QUE MIDE 0.90 MM- QUE CORRESPONDE A 5.0 SEMANAS DE GESTACIÓN- DICHO SACO SEVE BIEN DELIMITADO CON BUENA CANTIDAD DE LÍQUIDO EN S U INTERIOR. VESÍCULA VITELINA PRESENTE MIDE 2.3 MM. SE OBSERVANÁREAS ANECOICAS EN LA PARTE S UPERIOR E INFERIOR DEL CORION S UGESTIVO DE HEMATOMA RETROCORIAL CON UN 20% DEDESPRENDIMIENTO. CERVIX CERRADO. ID: EMBARAZO DE 5.0 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFIA + HEMATOMASRETROCORIALES CON 20% DE DESPRENDIMIENTOS. NUMERO:0978626901 // 0992194810

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Otras Complicaciones Especificadas Relacionadas Con El Embarazo		O268		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-06	09:03	Esther	Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311821787				

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	