



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	Eloy Alfaro	CS	1314764174							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Murillo	Calderon	Selena	Estefania	M	03-06-2002	22	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0963025901		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						
13	1303	130355	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 DE 22 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA- AGO G1 C:1 PIG: 5 AÑOS- FUM: 21/01/2025 (CONFIABLE) FPP: 28/10/2025-CURSA CON EMBARAZO DE 11-4 SEMANAS POR FUM Y POR ECOGRAFIA PRECOZ DEL 30/03/2025 CON 9-5 SG AL DIA DE HOY CON 11-3SG- DISPENSARIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR 6 PUNTOS (PIG - 5 AÑOS + CESAREA PREVIA +OBESIDAD). DE MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES SIN NINGUN SIGNO O SINTOMA DE ALARMA. EXAMEN FISICO SIN ALTERACION;ANTROPOMETRIA: OBESIDAD TIPO I; GANANCIA DE PESO INADECUADA; SCORE MAMA 0.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
HEMATOLOGIA: RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS: 4.41 HEMOGLOBINA: 13.8 HEMATOCRITO: 39.6 PLAQUETAS: 191 QUIMICA: GLUCOSA:89.1 UREA: 10.52 CREATININA: 0.81 ACIDO URICO: 3.67 COLESTEROL: 228.7 TRIGLICERIDOS: 184.0 PRUEBAS ESPECIALES: TORCHPRUEBA RÁPIDA TOXOPLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLA IGM NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM NEGATIVO HERPES I Y II IGM NEGATIVOUROANALISIS: COLOR: AMARILLO ASPECTO: LIG. TURBIO PH: 6.0 LEUCO: NEGATIVO NITRITOS: NEGATIVO GLUCOSA: NEGATIVOPROTEINAS: NEGATIVO C.CETONICOS: NEGATIVO BILIRRUBINA: NEGATIVO UROBILINOGENO: NORMAL SANGRE: NEGATIVO LEUCOCITOS:2-3X CAMPO PIOCITOS: 1-3 X CAMPO CELULAS EPITELIALES: 3-4 XC BACTERIAS: + MOCO: ++ CRISTALES DE OXALATO DE CALCIO: ++ULTRASONIDO: SACO GESTACIONAL CON PRODUCTO VIVO- LOCALIZADO EN FONDO DEL UTERO CON REACCION DECIDUAL NORMAL NOPRESENCIA DE HEMATOMA- ACTIVIDAD CARDIACA PRESENTE CON FCF DE 167 LPM- ARTERIAS UTERINAS NORMALES- CORDONUMBILICAL PRESENTE CON S US TRES VASOS- PLACENTA FUNDICA GRADO 0- LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL- LONGITUD CC: 3.06 SEM9.6- SG: 4.07 CM SEM: 9.4- PLEXOS COROIDEOS PRESENTES- DX: GESTACION UNICA VIVA DE MAS O MENOS 9.5 SEMANAS CON FCFDE 167 LPM- FPP: 28/10/2025.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Infeccion No Especificada De Las Vias Urinarias En El Embarazo	O234		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-04-24	02:06	Maria	Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313263269				

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. 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		