



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	Boyaca	CS	1313436402							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Vargas	Moreira	Lorena	Nohemy	M	11-12-1999	25	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0992943822		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	130351	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 GES TANTE DE 25 AÑOS - ACUDE A CAPTACION DE CONTROL PRENATAL- OCUPACIÓN: AMA DE CAS A- NIVEL DE INS TRUCCIÓN:BACHILLER- ETNIA: MONTUBIA- RELIGION: CATOLICA- ES TADO CIVIL: UNION LIBRE- LUGAR DE NACIMIENTO: EL RETIRO A 500 METROSDE LOS 3 CAMINOS - LUGAR DE RES IDENCIA ACTUAL: EL RETIRO- TIPO DE S ANGRE: O RH POS ITIVO- S EGURO: NO- NUMERO CELULAR:0992943822 TELEFONO DE CONTACTO: 0980481245 ES POS O- APP: NO REFIERE- APQ; NO REFIERE- APF: NO REFIERE- ALERGIAS :NOREFIERE- AGO: G0- P0- C0- A0- FUM: 07/02/2025- MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO S E CUIDABA. PAP TES T: S E REALIZO ELJUNIO DEL 2024 CON RES ULTADO POS ITIVO DE VPH- ACTUALMENTE TRATADO Y CAUTERIZADO Y RES ULTADO NEGATIVO- BUEN ES TADOGENERAL- ACUDE CON EXAMEN BHCG 15/03/2025. ACUDE CON ECO DEL 19/04/2025 DONDE REPORTA UTERO GES TANTE- PRES ENCIAEN CAVIDAD UTERINA CON RES ENCIA DE DOS S ACOS GES TACIONAL DE 9 S EMANAS DE GES TACION DICHOS S ACOS S E VE BIENDELIMITADO CON BUENA CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO EN S U INTERIOR- FETOS PRES ENTES DE 9 S EMANAS DE GES TACION EMPROMEDIO- FETO A CON 170 LPM- FETO B CON AUS ENCIA DE FRECUENCIA CARDIACA- CERVIX NORMAL- VES ICULAS VITELINASVIS IBLES - UNA POR CADA S ACO GES TACIONAL- CORION PLACENTARIO EN NUMERO DE DOS . CONCLUSION GEMELO B ES VANECENTE-EMBARAZO GEMELAR BICORIONICO DIAMNIOTICO 9 S G. S E REALIZA LA ANAMNES IS Y NO REFIERE NINGUN S IGNO DE ALARMA; NOS ANGRADO- NO S ECRECIONES VAGINALES - NO DIS URIA. NO DOLOR ABDOMEN. UROANALIS IS S IN PRES ENCIA DE BACTERIA EN ORINA.PACIENTE ES TABLE- ORIENTADA EN TIEMPO- ES PACIO Y PERS ONA- NO RAS H- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS - REFIERE LIGERO DOLORABDOMINAL- NAUS EA Y VOMITOS - CON BUENA TOLERANCIA DE VIA ORAL. NO DIS URIA- NO S ECRECION. NO S ANGRADO. AL EXAMENFIS ICO NORMOCEFALICA CON MUCOS AS HUMEDAS Y S IN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOS A- S IN ADENOPATIAS . RUIDOSCARDIACOS RITMICOS S IN S OPLOS - CAMPOS PULMONARES VENTILADOS . PEZONES FORMADOS . ABDOMEN PLANO BLANDODEPRES IBLE CON DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN PUNTOS URETERALES DE LADO IZQUIERDO- EXTREMIDADES INFERIORES : NOEDEMA. S E BRINDA AS ES ORIA NUTRICIONAL- AS ES ORIA HIGIENICA- ACTIVIDAD FIS ICA- AS ES ORIA DE LACTANCIA MATERNA- PLAN DETRANS PORTE DE EMERGENCIA Y PARTO- MEDIDAS DE PREVENCION PARA COVID-19- PREVENCION PARA DENGUE- ZIKA- CHIKUNGUNYA-US O DE REPELENTE- US O DE PRES ERVATIVO- EDUCACION S OBRE S IGNO DE ALARMA- S CORE MAMA: 2 PUNTOS POR TENS IONARTERIAL- RIES GO OBS TETRICO: EMBARAZO MULTIPLE 3PTS - OBITO FETAL 2PTS - RIES GO ALTO 5 PUNTOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

N/A

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Embarazo Doble	O300		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-06-02	11:21	Victor	Moreira	Solorzano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1314991439				

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	