



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	Convento	CS-A	1351141641							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Vilela	Zambrano	Rumina	Eugenia	M	29-12-2005	19	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-994-5817		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	130353	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	Endocrinología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD FUM: 01/08/2025 PRIMIGESTA AGO: G0 P0 C0 A0- APP: NO REFIERE- APF: NO REFIERE- AQX: NO REFIERE- ALERGIA: NO REFIERE- HABITOS: NO REFIERE. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO GESTANTE DE 19 AÑOS (1) RIESGO OBSTETRICO BAJO PUNTAJE TOTAL= 1 HOY CURSA EMBARAZO DE 15.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO TEMPRANAREALIZADA EL 30/10/2025 CON REPORTE DE 13.2 SG FPP 05/05/2026. ACUDE A CONS ULTA EN ESTA UNIDAD DE SALUD PARA TERCERCONTROL PRENATAL- NO REFIERE SINTOMATOLOGIA ALGUNA. AL MOMENTO AFEBRIL- EUPNEICA- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE-ORIENTADA ES S US ESFERAS. AL EXAMEN FISICO AL EXAMEN FISICO MUCOSAS NORMOHIDRATAS- NORMOCOLOREADAS. TORAXSIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS- MAMASSIMETRICAS- SIN PRESENCIA DE DOLOR NI SECRECIONES. ABDOMEN LEVEMENTE GLOBOSO- ALTURA UTERINA AUN INDETERMINADA-NO SE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO- EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN PRESENCIA DE EDEMA. TRAE EXAMENES DE LABORATORIODEL 30/10/2025 CON REPORTE DE TSH 1.15 T4 TOTAL 125.10. DE ACUERDO A EXAMEN DE LABORATORIO SE PUEDE PRESENCIARELEVACION DE LA T4 PARA LA CUAL SE ENVIA REFERENCIA PARA ENDOCRINOLOGIA POR CONSULTA EXTERNA AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA 3. MEDIDAS HIGIÉNICAS 4. CONSEJERIA NUTRICIONAL: 5 COMIDAS DIARIAS DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO- FRUTAS Y VERDURAS- BAJA EN SAL- GRASAS Y AZUCAR 6. ACTIVIDAD FISICA CAMINATA 30 MINUTOS CADA DIA (DE ACUERDO A LA CONDICION) 7. CONSEJERIA EN EDUCACIÓN PRENATAL 8. PSICOPROFILAXIS DE PARTO 9. LLENADO DE TARJETA DE SEGUIMIENTO DE EMBARAZADA 10. PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE 11. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 180 DÍAS- BENEFICIOS E IMPORTANCIA A LIBRE DEMANDA 12. NO LECHE DE FORMULA- NO CHUPONES- NO BIBERONES- NO AGUAS AZUCARADAS 13. CONSEJERIA EN PARTO EN LIBRE POSICIÓN: ACOMPAÑADA DE UN FAMILIAR- ELECCIÓN DE POSICIÓN PARA EL PARTO- VESTIMENTA A ELECCIÓN- DISPOSICIÓN DE PLACENTA- CONS UMO DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS DURANTE EL PARTO- PRÁCTICAS INTEGRADAS AL PARTO 14. SEGUIR ESQUEMA DE VACUNAS. SE PRESCRIBE HIERRO 60MG + AC. FÓLICO 400MCG TOMAR 1 TAB CADA 24 HORAS- CARBONATO DE CALCIO 500MG TOMAR 1 DIARA- ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG TOMAR 1 DIARIA- NITROFURANTOINA 100MG TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS NO SE ENTREGAN POR FALTA EN STOCK. SE DA PROXIMA CITA PARA EL 18/12/2025. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NO HAY PARAMETROS. PACIENTE SALE ESTABLE DE CONSULTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
T4 LIBRE/TOTAL: 125.10 TSH: 1.15

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno De La Glandula Tiroides No Especificado		E079	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-20	05:58	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310675093				

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	