



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	1315103778								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Velez	Velasquez	Mercy	Nicolle	M	29-05-2002	23	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
096-046-7782		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
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	Otorrinolaringologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD FUM: 15/08/2025 AGO: G1 P1 A0 C0 FUP: 24/07/2024- APP: NO REFIERE- APF: NO REFIERE- AQX: APENDICECTOMIA- ALERGIA: NO REFIERE- HABITOS: NO REFIERE. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO PERIODO INTERGENESICO CORTO (2) RIESGO OBSTETRICO BAJO PUNTAJE TOTAL= 2 HOY CURSA EMBARAZO DE 13.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO REALIZADA EL 08/10/2025 CON REPORTE DE 7.6 SG- FPP 22/04/2026 ACUDE A CONSULTA EN ESTA UNIDAD DE SALUD PARA SEGUNDO CONTROL PRENATAL- REFIERE SANGRADO NASAL TODOS LOS DIAS POR LAS MAÑANAS DE MANERA MODERADA. AL MOMENTO AFEBRIL- EUPNEICA- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- ORIENTADA ES SUS ESFERAS. AL EXAMEN FISICO AL EXAMEN FISICO MUCOSAS NORMOHIDRATAS- NORMOCOLOREADAS. TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS- MAMAS SIMETRICAS- SIN PRESENCIA DE DOLOR NI SECRECIONES. ABDOMEN LEVEMENTE GLOBULOSO ALTURA UTERINA NO MEDIBLE AUN- NO SE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO- EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN PRESENCIA DE EDEMA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA 3. MEDIDAS HIGIÉNICAS 4. CONSEJERÍA NUTRICIONAL: 5 COMIDAS DIARIAS DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO- FRUTAS Y VERDURAS- BAJA EN SAL- GRASAS Y AZUCAR 6. ACTIVIDAD FÍSICA CAMINATA 30 MINUTOS CADA DIA (DE ACUERDO A LA CONDICION) 7. CONSEJERÍA 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. CONSEJERÍA EN PARTO EN LIBRE POSICIÓN: ACOMPAÑADA DE UN FAMILIAR- ELECCIÓN DE POSICIÓN PARA EL PARTO- VESTIMENTA A ELECCIÓN- DISPOSICIÓN DE PLACENTA- CONSUMO 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 12 HORAS- ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG TOMAR 1 TAB CADA 24 HORAS. SE PRESCRIBE TAMBIEN CARBONATO DE CALCIO 500MG TOMAR 1 TAB CADA 24HORAS NO SE ENTREGAN POR FALTA EN STOCK. SE DA PROXIMA CITA PARA EL 15/12/2025. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NO HAY PARAMETROS. PACIENTE SALE ESTABLE DE CONSULTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EPISTAXIS NASAL DE MANERA MODERADA POR LAS MAÑANAS.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Epistaxis	R040		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-21	08:52	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	