



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	Chone	CS-C	1313775247							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Santana	Zambrano	Gema	Nohelia	M	21-08-1996	29	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-901-2429		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	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 PRIMIGESTA CON ANTECEDENTE DE OBESIDAD - ANEMIA CRONICA Y AUMENTO EXCESIVO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO- ACUDE PORRESULTADO DE BIOMETRIA SOLICITADA -CURSA CON EMBARAZO DE 32-4 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN: 19/03/2025- ALEXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA 33CC- FCF 145XM- FETO ÚNICO PRESENTACIÓN CEFÁLICO- SITUACIÓN LONGITUDINAL- DORSO DERECHO- INDICASENTIR MEJORIA DE PRURITO EN EL CUERPO -PROTEÍNA EN ORINA NEGATIVO - SCORE MAMA 0 - MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES - NO RASH- NOFIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- GANANCIA DE PESO INADECUADO POR EXCESO -TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO - RIESGO OBSTETRICO CATEGORIA 5ALTO RIESGO- IC CON MEDICINA FAMILIAR Y REFERIDA A SEGUNDO NIVEL POR EL ALTO RIESGO DE PREECLAMPSIA - EN RESULTADO DE EXAMEN SEOBSERVA CONTINUAR CON ANEMIA LEVE- EN ESPERA DE CONSULTA CON MEDICINA FAMILIAR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
BIOMETRIA HEMATICA: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4.18 10 ⁶ /?L 4 - 6 HEMOGLOBINA ¿ 10.1 G/DL 13 - 17 HEMATOCRITO ¿ 32.0 % 40 - 50VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) ¿ 76.6 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) ¿ 24.2 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DEHB CORP. MEDIA (CHCM) 31.6 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C ¿ 15.7 % 11.5 - 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓNERITROCITARIA (RDW)S 43.2 ?M³ PLAQUETAS 348 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.35 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 10.1µM³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 12.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 91 10³/?L 44 - 140 PLCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 26.1 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 6.85 10³/?L 4 - 10 LINFOCITOS (%) ¿ 17 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS(%) ¿ 70.6 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 9.1 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 2.8 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.5 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 1.16 10³/?L 1 -4.4 NEUTROFILOS (#) 4.85 10³/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.62 10³/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.19 10³/?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#) 0.03 10³/?L0 - 0.2 ULTRASONIDO: EMBARAZO UNICO DE 34-1 PLACENTA ANTERIOR GRADO II- HOMOGENEA NORMAL- LIQUIDO AMNIOTICO ENCANTIDAD ADECUADO- SEXO FEMENINO- PESO 2282G- REALIZADA EN ESTA UNIDAD

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Anemia Que Complica El Embarazo El Parto Y El Puerperio		O990	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-10	10:19	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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	