



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	Canuto		CS-A	1313494120													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Vera		Romero		Viviana		Yadira		M	10-05-1990	35	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
099-788-5234				☒		☐													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.															
13				1303		130352													

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 FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD- NACIDA EN CHONE- RESIDENTE: NARANJITO VIA JUNIN- EN LA VIA COLOR CELESTE DELADRILLO UNA PLANTA TEF: 0997885234 CONTACTO DE REFERENCIA: 0986540697 LETICIA VERA (HERMANA) OCUPACIÓN: AMA DECASA. ACUDE A CONS ULTA POR CONTROL DEL EMBARAZO - SE PREGUNTA AUTOIDENTIFICACION : MESTIZA- SE BRINDA CHARLA DEPLAN DE PARTO Y TRANSPORTE DONDE SE INDICA POSICIONES DE PARTO INECULTURAL Y DESEA PARIR : ACOSTADA- TRAE CONSIGOECOGRAFIA REALIZADO EL DIA 05/11/2025 CURSA 10.4SG EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 12.3 SG FU. APP: PRECLAMSA EN ELPRIMEREMBARAZO- HIPERLIPIDEMIA MIXTA- CALCULOS RENALES. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF: MAMA HIPERTENSA.ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS: G:3. P:3. C:0. A:0 MENARQUIA: 11 AÑOS- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 20 AÑOS- NUMERO DEPAREJAS SEXUALES: 1- ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE- PERIODOS DE MENSTRUACION REGULARES:PLANIFICACIÓN FAMILIAR: HORMONAL ORAL. EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NI NEUROLOGICA- NO SANGRADOS- NO SECRECION- NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO YESPACIO- AFEBRIL A LA CONS ULTA- GLASGOW15/15- EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE- ALTURA UTERINA: NA- POSICION: NA.FCF: NA. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO 9= PUNTOS (EDAD- ANTECEDENTE DEPRECLAMSA 4 PUNTOS + IMC -30 3 PUNTOS + GLUCOSA -92 2 PUNTOS) . TA 118/83. SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: NOAPLICA. TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS- SEEXPLICAS SEÑALES DE PELIGRO Y SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO Y SE HACE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR EMBARAZODE ALTO RIESGO. SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO + PROGESTERONA 200MG CADA 12H POR 15 DIAS. IC ODONTÓLOGIA.SE CITA A CONTROL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ÚTERO: GRÁVIDO- ANTEVERSIÓN- EVIDENTE AUMENTO DE TAMAÑO- OCUPADO POR SACO GESTACIONAL- VESÍCULAVITELINA Y EMBRIÓN CON VITALIDAD CONSERVADA HASTA EL MOMENTO EN S U INTERIOR LONGITUD CRANEOCAUDAL: 31.7 MM- SACOGESTACIONAL: 55 MM- SACO VITELINO: 5.1 MM- FONDO DE SACO DE DOUGLAS: SIN EVIDENCIA DE LÍQUIDO LIBRE AL MOMENTO-CÉRVIX CERRADO AL MOMENTO- SEGUIMIENTO S UBSECUENTE- LEVES ALGIAS AL MOMENTO- NO SANGRADO TRANSVAGINAL-EVIDENCIA DE ZONA DE DESPRENDIMIENTO RETRODECIDUAL AL MOMENTO DEL ESTUDIO.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos De Alto Riesgo		Z358		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-18	04:41			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	

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	