



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	1750651554							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Cusme	Vera	Valeria	Vanessa	M	07-03-2000	25	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
096-794-8416		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 MULTIGESTA SECUNDIPARA CON ANTECEDENTE DE ABORTO HACE 18 MESES- ACUDE A CONTROL PRENATAL- CURSA CON EMBARAZO DE26-6 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 3/04/2025- AL EXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA 25CC- FCF 146XM- FETO ÚNICOPRESENTACIÓN CEFÁLICO- SITUACIÓN LONGITUDINAL- DORSO DERECHO- AL EXAMEN GINECOLÓGICO NO HAY PRESENCIA DE LEUCORREA- NO HAYPRESENCIA DE SANGRADO- EXTREMIDADES: INFERIORES NO EDEMAS- NO VÁRICES - SE OBSERVAN TATUAJES EN MUSLO- PROTEÍNA EN ORINANEGATIVO - SCORE MAMA 0 - MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES - NO RASH- NO FIEBRE- NO CONJUNTIVITIS- GANANCIA DE PESOADECUADO-TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO - PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE REALIZA PRUEBA RAPIDA DE VIH CUARTA GENERACIONONN REACTIVO- SIFILIS PRUEBA RAPIDA POSITIVO- SE ENVIA TRATAMIENTO CON PENICILINA BENZATINICA 2.400.000- Y SE SOLICITA VDRL DECONFIRMACIÓN- REFIERE QUE ESTUVO HOSPITALIZADA HACE 2 SEMANAS POR AMENAZA DE PARTO PRENATURO- SE IC CON MEDICIONA FAMILIAR -RIESGO OBSTETRICO ALTO- CATEGORIA 2 - CONSULTA EN UNA SEMANA PARA RESULTADO DE CONTROL Y DEMAS EXAMENES- SE REFIERE A SEGUNDONIVEL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
INMUNOLOGIA: HEPATITIS C ANTICUERPOS TOTALES (HCV) NEGATIVO MÉTODO: INMUNOCROMATOGRAFÍA VALIDADO POR: LCDA. SONIA ALAVA V.SEROLOGÍA HEPATITIS B ANTIGENO AUSTRALIA SUPERFICIE (HBSAG) NEGATIVO TORCH PRUEBA RÁPIDA TOXOPLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLAIGM NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGM NEGATIVO HERPES I Y II IGM NEGATIVO OTROS ANALISIS: MALARIA NEGATIVO- GRUPO SANGUINEO APOSITIVO BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRIA HEMÁTICA RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS ¿ 3.77 10 ⁶ /?L 4 - 6 HEMOGLOBINA ¿ 11.7 G/DL 13- 17 HEMATOCRITO ¿ 32.9 % 40 - 50 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 87.3 ?M ³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 31PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 35.6 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 12.7 % 11.5 -15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 43.2 ?M ³ PLAQUETAS 302 10 ³ /?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.28 % 0.1 - 0.5 VOLUMENPLAQUETARIO MEDIO (MPV) 9.4 ?M ³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 11.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULASGRANDES) 64 10 ³ /?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 21.3 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 4.74 10 ³ /?L 4 - 10 LINFOCITOS(%) 31.4 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS (%) 60.4 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 5.5 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 2.1 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.6 % 0 - 2LINFOCITOS (#) 1.49 10 ³ /?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) 2.86 10 ³ /?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) ¿ 0.26 10 ³ /?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.1 10 ³ /?L 0 -0.5 BASÓFILOS (#) 0.03 10 ³ /?L 0 - 0.2 GLUCOSA: GLUCOSA 92.6 MG/DL 70 - 110 UREA 17.73 MG/DL 10 - 50 CREATININA 0.67 MG/DL 0.6 -1.1 ÁCIDO ÚRICO ¿ 1.72 MG/DL 2.4 - 6

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Sífilis Que Complica El Embarazo El Parto Y El Puerperio	O981	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-13	02:03	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	