

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	1315109262						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Velasquez	Jacinta	Enriqueta	M	06-08-1989	36	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO			
096-404-6626		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	130352	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 FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD- NACIDA EN CHONE- RESIDENTE CASA GRANDE DESPUES DE LA ESCUELA - TEF:0964046626 -. CONTACTO DE REFERENCIA: PENDIENTE TELF: OCUPACIÓN: AMA DE CASA . ACUDE A CONS ULTA POR TERCER CONTROLDEL EMBARAZO. ACTUALEMENTE CURSA 15.2 SG SEGÚN FUM: 10/08/2025 CON FPP : 17/05/2026 . APP: NO REFIERE. ALERGIAS : NOREFIERE. APQ: CESAREA SEGMENTARIA UN AÑO . APF : ABUELA MATERNA HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS .ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS: G:5. P:0. C:1. A:4 (FECHA DE NACIMIENTO DE ULTIMO HIJO :14/09/2025) MENARQUIA: 14 AÑOS-INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 28 AÑOS- NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1 - ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE-PERIODOS DE MENSTRUACION REGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO REFIERE. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIARESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NI NEUROLOGICA- NO SANGRADOS- NO SECRECION- NO RASH. PACIENTE CONSCIENTEORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- AFEBRIL A LA CONS ULTA- GLASGOW15/15- EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE- ALTURAUTERINA: NO VALORABLE - POSICION: NO VALORABLE . FCF: 145-152LPM . EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UNRIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 7 PUNTOS (ABORTO HABITUAL : 2 P - PERIODO INTERGENESICO MENOR DE 18 MESES : 2P - GESTANTEMAYOR DE 35 AÑOS : 1P CICATRIZ PREVIA : 2P _) . SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: INADECUADA. TIRILLA PROTEINURIA: NOAPLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS: PENDINTE TRAER CARNET . SE REVISANEXAMENES DE LABORATORIO DEL TIPO C REALIZADOS HOY EN DONDE SE IDENTIFICA UNA ANEMIA LEVE HB 10.8 HTC 36.4% -LLEUCOCITOS 10.11- NEUTROFILOS LEVEMENTE ELEVADOS 74.8%- PACIENTE NO REFIERE NINGUN MALESTAR NI SINTOMATOLOGIA-INDICA QUE NO PUDO REALIZARSE EXAMENES DE ORINA- NO REFIERE SINTOMATOLOGIA URINARIA- NO DIS URIA- NO DOLOR ENABDOMEN BAJO NI ARDOR AL ORINAR. SE ENVIA NUEVAMENTE EXAMENES DE ORINA PARA VERIFICAR O DESCARTAR INFECCION-PENDIENTE REVISION DE EXAMENES EN 15 DIAS. DEBIDO A LA ANEMIA SE LE INDICA A LA PACIENTE QUE SE LE ENVIARA TOMAR 2CAPS ULAS DE HIERRO MAS ACIDO FOLICO- SIN EMBARGO PACIENTE REFIERE ELEGIR TOMAR HIERRO BEBIBLES 1 DIARIO POR 10 DIAS.SE PRESCRIBE HIERRO 60MG + ACIDO FÓLICO 400MCG. IC ODONTÓLOGIA.CONSEJERIA NUTRICIONAL Y EN LACTANCIA MATERNA. SEENVIA EXAMENES DE LABORATORIO PERO NO HAY AGENCAMIENTO EN EL CS CHONE TIPO C- PACIENTE REFIERE QUE SE HARAPARTICULAR. SE CITA A CONTROL. DEBIDO A RIESGO OBSTETRICO ALTO SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA OBSTETRICA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OTROS ANALISIS: HEPATITIS B ANTÍGENO AUSTRALIA SUPERFICIE (HBSAG) NEGATIVO VDRL NO REACTIVO PRUEBAS ESPECIALES:INVESTIGACIÓN DE MALARIA NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: RECUENTO DE GL6BULOS ROJOS 4.18 10^6/? 4 - 6 HEMOGLOBINA 10.8 G/DL 13 -17 HEMATOCRITO 36.4 % 40 - 50 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 87 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 25.8 PG27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 29.7 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDWC) 13.4 % 11.5 - 15.5ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 44.8 ?M³ PLAQUETAS 245 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.24 % 0.1 - 0.5 VOLUMENPLAQUETARIO MEDIO (MPV) 9.9 ?M³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 12.2 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULASGRANDES) 60 10³/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES)24.3 % 18 - 50 GL6BULOS BLANCOS 10.11 10³/?L 4 - 10 LINFOCITOS(%) 13.8 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS (%) 74.8 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 4.1 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 6.6 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.7 % 0 - 2LINFOCITOS (#) 1.4 10³/?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) 7.56 10³/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.41 10³/?L0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.67 10³/?L 0 -0.5 BASÓFILOS (#) 0.07 10³/?L 0 -0.2 CREATININA: 0.75 GLUCOSA: 83.3 GRUPO SANGUINEO ABO/RH: O POSITIVO ACIDO URICO: 2.87

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Supervision De Embarazo De Alto Riesgo Sin Otra Especificacion	Z359		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-01	11:14			
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	