



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	Chibunga		CS-A	1314429232													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Burgos		Zambrano		Julitza		Stephanie		M	08-05-2002	23	<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													
0963939015				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
13		1303		130354		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													

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 23 AÑOS- SECUNDIGESTA- AGO: G1 P0 A0 C1- PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS- PAREJAS SEXUALES: 2-CITOLOGIAS: 1- MENARQUIA: 12 AÑOS- MENSTRUACION: IRREGULAR- DIS MINORREA: SI- ANTICONCEPTIVOS: SE CUIDABA CONANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS POR UN MES HACE 2 MESES CON FUM 23/10/2025 (5.6 SEMANAS DE GESTACIÓN)- QUEACUDE A CONTROL PRENATAL. REFIERE QUE EL DÍA DE AYER PRESENTÓ DOLOR EN HIPOGASTRIO EVA 7/10 Y PRUEBA DE EMBARAZOCASERA POSITIVA. NIEGA SANGRADO VAGINAL- PERO MENCIONA SECRECIÓN BLANQUECINA ESCASA. EN ESE MOMENTO SE LEEXPLICÓ POSIBLE AMENAZA DE ABORTO- COMPLICACIONES Y SIGNOS DE ALARMA- ASÍ COMO LA NECESIDAD DE REFERENCIA AHOSPITAL DE EL CARMEN- LA CUAL RECHAZÓ. SE TRATÓ CON PARACETAMOL 1 G VÍA ORAL CON ALIVIO PARCIAL DEL DOLOR Y LAPACIENTE DECIDIÓ RETIRARSE. EL DÍA DE HOY REGRESA CON NUEVA PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA. REFIERE ANTECEDENTEPERSONAL DE ARRITMIA NO ESTUDIADA- PARA LA CUAL HA PRESENTADO FRECUENTEMENTE EPISODIOS DE TAQUICARDIA-PALPITACIONES- ANSIEDAD Y SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE- POR LO QUE ESTABA EN TRATAMIENTO CON BISOPROLOL 1.25 MG QD- EL CUAL S USPENDIÓ HACE VARIAS SEMANAS. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE- ORIENTADA Y AFEBRIL. REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR LEVE EN HIPOGASTRIO. NO PRESENTA SANGRADO VAGINAL. REFIERE SECRECIÓN VAGINAL BLANQUECINA LEVE ASOCIADA A PRURITO. NIEGA DIS URIA. TRAJO ECOGRAFÍA CON RES ULTADOS REPORTADOS COMO NORMALES Y EXAMEN DE ORINA COMPATIBLE CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. SE INDICA TRATAMIENTO CON PROGESTERONA 200 MG CADA 12 HORAS POR 1 MES Y NITROFURANTOINA 100 MG CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS. SE S USPENDE BISOPROLOL POR EMBARAZO Y SE REALIZA REFERENCIA AGINECOLOGÍA PARA MANEJO ESPECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
OTROS ANALISIS: BCHG POSITIVO ULTRASONIDO: ÚTERO: CENTRAL- DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL- CONTORNOS REGULARES. MIOMETRIO:HOMOGÉNEO- SIN PRESENCIA DE MASAS. ENDOMETRIO: OCUPADO POR SACO GESTACIONAL DE FORMA CIRCULAR- LOCALIZADO EN EL FONDO- BORDESREGULARES. CONTENIENDO: VESÍCULA VITELINA DE 2 MM. MEDIDAS PARA 5.4 SEMANAS. NO SE OBSERVAN MALFORMACIONES. ANEXOS NORMALES.DOUGLAS LIBRE. EMO: AMARILLO LIGERAMENTE TURBIO- DENSIDAD 1015 PH 6.0 LEUCOS POSITIVO +- NITRITOS- PROTEINAS- GLUCOSA-CUERPOS CETONICOS- SANGRE NEGATIVO EXAMEN MICROSCOPICO CELULAS EPITELIALES 10-12 LEUCOCITOS 1-2- PIOCITOS 7-9-BACTERIAS ++

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Otros Embarazos Normales		Z348		X	4.		
2.						5.		
3.						6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-12-21	04:10	Dario	Condoy	Muñoz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1315005585				

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	