



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           | Nause                    | CS-A                             | 1315932119                       |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Cedeño                                | Herrera          | Selena                   | Purificacion                     | M                                | 08-03-2000                                              | 25   | H                       | D | M | A |
|                                       |                  |                          |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |                          | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN                       |                                                         |      |                         |   |   |   |
| 099-550-7050                          |                  |                          | X                                | MOTIVO                           |                                                         |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                          |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |
| 13                                    | 1303             | 130302                   |                                  |                                  |                                                         |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |      |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |                                  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | X    |                         |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 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 GESTANTE DE 18.5 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO TEMPRANA REALIZADA DE MANERA PARTICULAR EL 28/10/2025- Y POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN INCIERTA (29/09/2025): CURSA CON 17 SDG. FPP POR ECO TEMPRANA: 24/06/2026. REFIERE LEVE CEFALEA QUE CEDE CON ANALGESIA- NO ASOCIADO A SIGNOS O SÍNTOMAS VASOMOTORES. AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA. SINALTERACIONES APARENTES AL EXAMEN FÍSICO. AL MOMENTO NO SIGNOS DE ALARMA- NO PERDIDA DE LÍQUIDO- NO SANGRADO NI SECRECIONES VAGINALES. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. TA 112/76 FC: 72 LPM FR:19 RPM. SCORE MAMA 0. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS G2 A2 C0(ÚLTIMO ABORTO EN MAYO/2025). RIESGO OBSTÉTRICO: ABORTO HABITUAL MAYOR O IGUAL A 2 (2 PUNTOS)- PERIODO INTERGENÉSICO - O = 18 MESES (2 PUNTOS)- SOBREPESO IMC DE 25.1 A 29.9 (IMC: 28.56) (1 PUNTO): TOTAL 4 PUNTOS: RIESGO OBSTÉTRICO ALTO. SE BRINDA CONSEJERÍA NUTRICIONAL- DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS- BAJA EN GRASAS- BAJA EN SAL - ACTIVIDAD FÍSICA NO EXTENUANTE- HIGIENE CORPORAL- LAVADO DE MANOS- VACUNACIÓN SEGÚN ESQUEMA- I/C GINECOLOGÍA- PREPARACIÓN PARA LACTANCIA MATERNA- CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR- CONSEJERÍA SOBRE DERECHO DE ESTAR ACOMPAÑADA DE UN FAMILIAR- PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE- CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA- ASESORÍA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES ZIKA/DENGUE/CHIKUNGUNYA. SE REFUERZA SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA PERSISTENTE- VISIÓN BORROSA- TINNITUS- DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO- SANGRADO VAGINAL- LEUCORREA PATOLÓGICA; ADEMÁS- SE ORIENTA CONTINUAR VIGILANCIA EN CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS. HIERRO 60MG+ÁCIDO FOLICO 0.4MG COMP 1 DIARIO- CALCIBON NATAL COMP 1 CADA 8 HORAS- ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 G COMP 1 DIARIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

1ERA ECO REALIZADA 28/10/2025 PARTICULAR- SE EVIDENCIA ÚTERO EN ANTEVERSIÓN GESTANTE CON PRESENCIA DE CAVIDAD UTERINA Y SACOGESTACIONAL QUE CONTIENE EMBRIÓN VITAL ÚNICO- CON DIÁMETRO CRÁNEO-CAUDAL DE 0-28 CM CORRESPONDIENTE A 5-6 SEMANAS DE GESTACIÓN- FRECUENCIA CARDIACA EMBRIONARIA DE 93 LATIDOS POR MINUTO- VESÍCULA VITELINA DE 2-8 MM DE ESPESOR- ÁREA TROFOBLÁSTICA ENVOLVENTE- DECIDUAS NORMAL Y ANEXOS DERECHO E IZQUIERDO NORMALES- CONCLUYÉNDOSE EMBARAZO DE 5-6 SEMANAS DE GESTACIÓN CON EMBRIÓN ÚNICO VIVO 2DA ECOGRAFÍA REALIZADA EN CS TIPO C DE CHONE 17/12/25 REPORTA: FETO ÚNICO VIVO DE 13 SEMANAS 5 DÍAS POR BFO POSICIÓN TRANSVERSAL ILA CONSERVADA PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA POSTERIOR GRADO 0 PESO 882 GRAMOS FCF 154 LPM MOVIMIENTOS FETALES VISIBLES. BIOMETRÍA HEMÁTICA: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4.69 10<sup>6</sup>/?L - HEMOGLOBINA 13.6 G/DL- HEMATOCRITO 40.6 % - VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 86.5 ?M<sup>3</sup>- HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 29 PG - CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 33.5 G/DL- ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 13 %- ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 43.2 ?M<sup>3</sup>- PLAQUETAS 346 10<sup>3</sup>/?L- PLAQUETOCRITO 0.30 % - VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 8.7 ?M<sup>3</sup>- ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 2.9 % - P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 51 10<sup>3</sup>/?L - P-LCR (PLA: PROPORCIÓN CELULAS GRANDES) 2.7 % - GLÓBULOS BLANCOS 8.56 10<sup>3</sup>/?L- LINFOCITOS (%) 37.2 % - NEUTRÓFILOS (%) 53.7 % - MONOCITOS (%) 5.8 % - EOSINÓFILOS (%) 2.7 % - BASÓFILOS (%) 0.6 % - LINFOCITOS (#) 3.18 10<sup>3</sup>/?L - NEUTRÓFILOS (#) 4.6 10<sup>3</sup>/?L - MONOCITOS (#) 0.5 10<sup>3</sup>/?L - EOSINÓFILOS (#) 0.23 10<sup>3</sup>/?L - BASÓFILOS (#) 0.05 10<sup>3</sup>/?L - GRUPO SANGUÍNEO O FACTOR RH POSITIVO- GLUCOSA 86.9- UREA 26.98- CREATININA 0.78- ÁCIDO ÚRICO 2.44- HEPATITIS B ANTÍGENO SUPERFICIE (HBSAG) NEGATIVO- HIV 4TA GENERACIÓN NO REACTIVO- VDRL NO RELATIVO- GOTAS GRUESAS NEGATIVO. 14/11/2025: EMO PARTICULAR: COLOR AMARILLO DENSIDAD 1025 ASPECTO LIMPIO PH 6 REACCIÓN ÁCIDO. PROTEÍNAS NEGATIVO- GLUCOSA NEGATIVO- UROBILINOGENO NEGATIVO- BILIRRUBINA NEGATIVO- CUERPO CÉTONICO NEGATIVO- NITRITOS NEGATIVO- HEMOGLOBINA NEGATIVO- SANGRE NEGATIVO- LEUCOCITOS NEGATIVO- CÉLULAS EPITELIALES 1-2- LEUCOCITOS 1-2- BACTERIAS NO HAY PRESENCIA DE BACTERIAS. UROCULTIVO PARTICULAR REPORTA SIN CRECIMIENTO BACTERIANO

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                                            | PRE  | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|------------------------------------|------------------------------------------------|------|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.                                 | Supervision De Embarazo Con Historia De Aborto | Z351 | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |                                                |      |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |                                                |      |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-01-26                            | 06:55        | Eyleen        | Pesantes        | Castro           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO         |                 |                  |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 1316282464 |  |  |
|------------|--|--|

**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 |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|----------------------------------|-------------------|
| MSP                     |           |                          | CENTRO DE SALUD | 1303752271                       |                   |

**B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA**

| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| MSP                     | Ricaurte                 | 13D07    | //                 |

**C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**

|  |
|--|
|  |
|--|

**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

|  |
|--|
|  |
|--|

**E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS**

.Se Sugiere Insulina Glargina 20ui Antes De Dormir- Empagliflozina 25mg Al Dia- Levotiroxina 50mcg Al Dia. .Se Cita Con Estudios De Laboratorio .

**F. DIAGNÓSTICO**

PRE= PRESUNTIVO  
DEF= DEFINITIVO

|    |                                                                      | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|----------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | Diabetes Mellitus No Insulinodependiente Sin Mencion De Complicacion | E119 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2. | Hipotiroidismo No Especificado                                       | E039 |     | X   | 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         |                 |                  |
| 1310932148                            |              |               |                 |                  |