



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	1313790329							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Reyna	Navarrete	Gema	Ximena	M	24-02-1996	29	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-269-7753		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
13	1303	130302	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
			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 29 AÑOS- SECUNDIGESTA- CURSANDO GESTACIÓN DE 21 SEMANAS POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN(FUM) 03/09/2025- FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP) POR FUM 10/06/2026 Y POR ECOGRAFIA PRECOZ 22 SEMANAS ECOGRAFIAREALIZADA 05/12/2025 CON FPP: 03/06/2026. PACIENTE SIN SIGNOS DE ALARMA- NIEGA PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO- SANGRADO VAGINA. REFIERE SECRECION BLANQUESINA. SE MANTIENE EN BUEN ESTADO GENERAL. ANTECEDENTES PERSONALES: NO REFIERE PATOLOGÍAS- NO ALERGIAS- ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE CESÁREA HACE 8 AÑOS. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: G1- P0- C1- A0.ANTROPOMETRIA: PESO 95 KG- TALLA 162 CM. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES: PA 110/60 MMHG- FC 88X MIN- FR 20 X MIN- SPO2 98%- T 36.5°C. ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA- PROTEINURIA NEGATIVA- SCORE MAMA 0. SE REALIZO PRUEBA RAPIDA DE VIH Y HEPATITIS B DE SEGUNDO TRIMESTRE CON RESULTADOS NEGATIVOS. FCF150 PRESENTACION INDETERMINADA- MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES- ALTURA UTERINA 20. RIESGO OBSTÉTRICO: PERIODO INTERGENESICO MAYOR A 5 (1) CICATRIZ UTERINA PREVIA CON EMBARAZO MAYOR A 32 SEMANAS (2) OBESIDAD IMC MAYOR A 30 (3) CLASIFICANDOSE COMO UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO. PACIENTE SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA- SE RECOMIENDA CONTINUAR CON SEGUIMIENTO PRENATAL- MONITORIZACIÓN DE PESO- TENSIÓN ARTERIAL- SE INDICA A LA PACIENTE QUE SE TIENE QUE REALIZAR LA ECOGRAFIA MORFOLOGICA POSTERIOR LLEGAR A CENTRO DE SALUD PARA REVISION DE LA MISMA. SE INDICA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO. PARA PREVENCIÓN DE PRECLAMPSIA- SE RECOMIENDA ASPIRINA 100 MG- UNA TABLETA DIARIA- ADEMÁS- SE INDICA CALCIBON NATAL CADA 8 HORAS. SE ORIENTA A LA PACIENTE SOBRE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO- POSIBLES EFECTOS ADVERSOS MENORES (ESTREÑIMIENTO POR HIERRO- ACIDEZ- MOLESTIAS DIGESTIVAS) Y LA IMPORTANCIA DE SEGUIMIENTO REGULAREN CONSULTAS PRENATALES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS BLANCOS: 7.96-HB 12.3-HEMATOCRITO 38.3- VCM 83.4 HCM 26.8-CHCM 32.1- PLAQUETAS 311ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 14.2 SEMANAS DE GESTACION POR BIOMETRIA FETAL. FPP:03/06/2025 EMO: ORINA TURBIA Y BACTERIAS++

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
2026-01-29	04:34	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

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	