



| 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      | 0940569536                                              |  |                   |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Anchundia                                                   |  | Cedeño           |                          | Miriam                           |           | Elizabeth                                               |  | M                 | 25-05-1995       | 30   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  | MOTIVO            |                  |      |                         |
| 0959504590                                                  |  |                  |                          | 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                      |  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD- G1 P1 A0- EMBARAZO ACTUAL- CON 14 SEMANAS POR FUM 27/10/2025- FPP03/08/2026-POR ECOGRAFIA PRECOZ REALIZADA EL DIA 28-12-2025 EN LA CUAL REPORTA 9.5 SEMANAS DE GESTACION LO CUALCTUAMENTE DARIA 14 SEMANAS 6 DIAS CON FPP POR ECO PRECOZ 28-07-2026. PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADOGENERAL- ALERTA- CON SCV ESTABLES- PESO 54.1 KG- TENSIÓN ARTERIAL 97/67 MMHG- FRECUENCIA CARDÍACA 89 LPM- FRECUENCIARESPIRATORIA 19 RPM Y TEMPERATURA 36.6 °C. SCORE MAMA 0. REFIERE EPISODIOS DE CEFALEA INTENSA- MAREO- SÍNCOPEOCASIONAL- ACOMPAÑADOS DE S UDORACIÓN PROFUSA Y PALIDEZ MARCADA. AL EXAMEN FÍSICO NO SE EVIDENCIA HALLAZGOSPATOLÓGICOS OBJETIVOS- ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO- SIN SIGNOS DE COMPROMISO CARDIORRESPIRATORIO NI NEUROLÓGICO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. PACIENTE REFIERA NAUSEAS A LA INGESTA. SE REALIZA ECOGRAFIA OBSTÉTRICA DE PRIMER TRIMESTRE DEBIDO A EPISODIO DE SANGRADO VAGINAL- LA CUAL EVIDENCIA EMBARAZO VIVO DE 9.5 SEMANAS Y DESPRENDIMIENTO MENOR DEL 10%- MANEJADO EN CENTRO DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD CON PROGESTERONA VÍA ORAL- ESQUEMA COMPLETADO.SE ENVÍAN LABORATORIOS DE PRIMER TRIMESTRE Y CULTIVO DE ORINA- CON HALLAZGOS DE HEMOGLOBINA 10.6 G/DL- EVIDENCIANDO ANEMIA LEVE. DEBIDO A ESTO- SE HACE ÉNFASIS EN LA NECESIDAD DE MEJORAR LA ALIMENTACIÓN- INCORPORANDO DIETA RICA EN FRUTAS- VERDURAS- LEGUMBRES- CARNES MAGRAS- HUEVO- LÁCTEOS Y S UPLEMENTOS INDICADOS- FRACCIONADA EN CINCO COMIDAS DIARIAS- EVITANDO EXCESO DE SAL- FRITOS Y CARBOHIDRATOS- A FIN DE OPTIMIZAR EL ESTADO NUTRICIONAL Y APOYAR EL CORRECTO DESARROLLO FETAL. SE IDENTIFICA RIESGO OBSTETRICO: MADRE O HERMANA CON PREECLAPSIA (2) BAJA ESCOLARIDAD (1) HEMORRAGIA 1ER MITAD DEL EMBARAZO (2) TOTAL 5. SE IDENTIFICAN FACTORES MODIFICABLES: PESO Y CAMBIOS EN FRECUENCIA CARDÍACA FETAL. FACTORES NO MODIFICABLES: EMBARAZO NO PROGRAMADO- BAJA ESCOLARIDAD- FUM APROXIMADA- VIVIENDA Y CONDICIONES SANITARIAS DEFICIENTES. SE LLENA LIBRETA INTEGRAL DE SALUD Y SE BRINDA ASESORIA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR- EDUCACIÓN PRENATAL- GIMNASIA OBSTÉTRICA- LAVADO DE MANOS- PREVENCIÓN DE VECTORES (ZIKA Y DENGUE) Y PREVENCIÓN DE ITS Y VIH. SE REFUERZAN SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA PERSISTENTE- VISIÓN BORROSA- TINNITUS- DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO- SANGRADO VAGINAL Y LEUCORREA PATOLÓGICA. SE ORIENTA SOBRE PLAN DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA- CONTINUIDAD DE VIGILANCIA EN CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS. SE INDICA S UPLEMENTACIÓN CON HIERRO 60 MG + ÁCIDO FÓLICO QD- PREVENCIÓN DE PRECLAMSIA POR RIESGO: ANTECEDENTES FAMILIARIAS DE PREECLAMPSIA E ENFERMEDAD PERIODONTAL: CALCIO 1 TAB C/8H ASPIRINA 100MG CADA DIA. SE SOLICITA A LA PACIENTE REALIZACIÓN DE ECOGRAFIA OBSTÉTRICA DE SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EPISODIO DE SANGRADO VAGINAL- CON EL FIN DE EVALUAR EL ESTADO DEL EMBARAZO Y LA EVOLUCIÓN DEL DESPRENDIMIENTO. SIN EMBARGO- LA PACIENTE NO PUDO REALIZAR EL ESTUDIO DEBIDO A LIMITACIONESECONÓMICAS- POR LO QUE SE REFORZÓ LA IMPORTANCIA DE LA VIGILANCIA CLÍNICA- SEÑALES DE ALARMA Y CONTINUIDA</p> |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BIOMETRIA HEMATICA: TRAE LAB REALIZADOS 15/12/2025: LEUCOS. 9.44/ NEUT. 6.46/ LINF. 2.55/ MON. 0.33/ EOS. 0.07/ HB: 10.06/HCT: 32.04/VCM: 82.03/ HCM; 26.7 CHCM: 32.04/ RDW-CV: 12.09/ PLT: 359/ ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 9.5 SEMANAS DEGESTACION POR BIOMETRO FETAL . AMENAZA DE ABORTO. DESPRENDIMIENTO DE MENOS DEL 10% |

| E. DIAGNÓSTICO |                                               | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-02-02                            | 10:37           | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |