



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	1353762063							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Loor	Castro	Rubia	Katherine	M	27-09-2008	17	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0968656738/0982620044		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
13	1303	130302	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

ADOLESCENTE DE 17 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DESEADO- NO PLANIFICADO. OCUPACIÓN: AMA DE CASA. ESTADO CIVIL: UNIONLIBRE. DOMICILIO: RIO VENDIDO- A 20 MIN DE LA ESCUELA. TELÉFONO: NO TIENE. TLF CONTACTO: 0982620044 (CUÑADO. JOSEMANZABA). 0968656738 (CUÑADA. GEMA VELEZ SABANDO). ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES : NO REFIERE-ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE- ALERGIAS: NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: CICLOSMENSTRUALES REGULARES (30 DÍAS) SANGRANDO POR 5 DÍAS EN MODERADA CANTIDAD. DIS MENORREA: NO. COÁGULOS: SI. FUM:NO RECUERDA. PAP TEST: NO REALIZA. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G2 P2 C0 A0 HV 2 HM 0. (ÚLTIMO 13/04/2024 - HACE 1 AÑO- 10MESES). SE CALCULA PESO PREGESTACIONAL CON TABLA CLAP/OMS: 67.78 KG - IMC PREGESTACIONAL: 27.6 SOBREPESO. GESTA ACTUAL: EG: 20 SEMANAS DE GESTACION POR ALTURA UTERINA- YA QUE FUM: INCIERTA Y ECO TEMPRANA: NO REALIZA. PESO ACTUAL:71.1 KG. AL MOMENTO REFIERE PRURITO VAGINAL Y LEUCORREA BLANQUECINA DE CONSISTENCIA GRUMOSO INOLORO- RESTO NOSIGNOS DE ALARMA. SIGNOS VITALES: FC: 72 LPM FR:19 RPM. TA 110/69 MMHG. PROTEINURIA TIRILLA NEGATIVO- SAT 99% AIREAMBIENTE- GASTO URINARIO NO CUANTIFICABLE. SCORE MAMA: 0. AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA-PRESENTA EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR ALTURA UTERINA. EN ESTOS MOMENTOS- SE ENCUENTRA AFEBRIL-NECESIDADES FISIOLÓGICAS NORMALES- NO HA PRESENTADO DOLOR EN HIPOGASTRIO- NO HA TENIDO PÉRDIDAS VAGINALES DELÍQUIDO NI DE SANGRE- SE ESTÁ ALIMENTANDO DE MANERA NORMAL. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA: NORMOCEFALO- PUPILAS:ISOCORICAS REACTIVAS- CONJUNTIVAS: NORMOCOLOREADAS- MUCOSAS ORALES HIDRATADAS- CUELLO SIMÉTRICO SIN ADENOPATIASTIROIDES: NO PALPABLE;TÓRAX: CORAZÓN RÍTMICO- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONÉTICOS- SIN RUIDOS AGREGADOS PULMONES:CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS; MAMAS: PEZONES FORMADOS- HIPERPIGMENTADOS- NO ADENOPATÍAS NI MASAS- NOSECRECIONES; ABDOMEN: GESTANTE GLOBULOSO. AL EXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA 20 CM- MANIOBRAS DE LEOPOLD N/A-FCF: 150 LPM. EXTREMIDADES: INFERIORES NO EDEMAS. RIESGO OBSTÉTRICO: PERIODO INTERGENESICO -18 MESES (2 PUNTOS)-ADOLESCENTE (1 PUNTO)- SIN INSTRUCCION (1 PUNTO)- NINGUN CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO -20 SDG (2 PUNTOS)-SOBREPESO (1 PUNTO): TOTAL: 5 PUNTOS. RIESGO ALTO. RIESGO PREECLAMPSIA: ADOLESCENTE (1 PUNTO) + IMC -25 (1 PUNTO).SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL. LABORATORIOS COMPLETOS Y ECOGRAFIA OBSTETRICA AGENDADOS EN TIPO C DECHONE Y HOSPITAL GENERAL NAPOLEON - RESPECTIVAMENTE. SE ENTREGAN ORDENES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

N/A

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
2026-03-04	12:43	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1351700222				

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. DIAGNÓSTICOPRE= 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	