



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	001414	Pichincha	CS-A	1317127643						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
Intriago	Arteaga	Sheyla	Carolina	M	26-09-2004	21				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN					
099845724		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
13	1311	131151	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 S ECUNDIGES TA- DE 21 AÑOS DE EDAD... CON APP: NINGUN CONTROL ANTES DE LA S EMANA 20 MAS INS UFICIENTECONTROL PRENATAL (HOY 2DO CONTROL MAS DE 30 S EMANAS) MAS INCONS IS TENCIA EN LA HIS TORIA OBS TETIRCA MAS EMBARAZODOBLE..... ACUDE HOY INTERCONRS ULTADA POR OBS T RURAL PARA VALORACION INTEGRAL Y DERIVACION A 2DO NIVEL DEATENCION..... HOY CURS A EMBARAZO DE 32.2 S EMANAS DE GES TACION POR ECO TARDIA (NO RECUERDA FUM)..... AGO: G1 C1 P0 A0PIG: MAS 5 AÑOS AL MOMENTO DE CONS ULTA AFEBRIL- NO REFIERE S IGNOS DE ALARMA- NIEGA S ÍNTOMAS VAS OMOTORES - NOMAREOS - NO CEFALEA- NO VIS IÓN BORROS A O FOTOPS IAS - NIEGA TINNITUS - NO EPIGAS TRALGÍA- NIEGA DOLOR TIPO CONTRACCIÓN(ACTIVIDAD UTERINA NEGATIVO) NIEGA S INTOMATOLOGÍA URINARIA..... ES TADO NUTRICIONAL: GANANCIA ADECUADA DE PES O (+8.60KG)..... S CORE MAMA 0..... FACTORES DE RIES GO MODIFICABLES : INS UFICIENTE CONTROL..... FACTORES DE RIES GO NOMODIFICABLES : EMBARAZO GEMELAR MAS MAL NUTRICION MATERNA MAS POBREZA..... FACTOR DE RIES GO DIABETES :BAJO..... FACTOR DE RIES GO DE PREECLAMPS IA: MODERADO (EMBARAZO MULTIPLE + IMC MAYOR 25)..... HOY TRAECONS IGO EXAMENES DEL 7 DE ABRIL MIS MOS QUE A S U ANALIS IS S E DX HIPERLIPIDEMIA MIXTA LEVE S ERIE ROJA Y BLANCA DENTRODE PARAMETROS NORMALES QUIMICA S AGUINEA NORMAL EMO NO PATOLOGICO..... ECOGRAFIA DEL 7 DE ABRIL CON EMBARADODOBLE S IN ALTERACIONES MORFOLOGICAS NI CAMBIOS EN BIOMETRIA FETAL FCF NORMAL EN AMBOS PRODUCTOS CON BUEN PERFILBIOFIS ICO Y CRECIMIENTO DE PRODUCTO ACORDE A S EMANAS DE GES TACION..... AL EXAMEN FIS ICO S IN HALLAZGOSRELEVANTES ABDOMEN COMPATIBLE CON S EMANAS DE GES TACION..... PUNTUACION DE RIES GO OBS Tétrico: ANTECEDENTESPERS ONALES :(3... PIG MAS CUP-2)- FACTORES S OCIOECONÓMICOS : (1... MOVILIDAD)- FACTORES NUTRICIONALES :(1.... IMC MASDE 25)- PATOLOGÍA Pélvico GENITAL: (0)- PATOLOGÍA OBS Tétrica ACTUAL: (3.... EMBARAZO GEMELAR)- DIS CAPACIDAD: (0)-TOTAL RIES GO OBS Tétrico: 08 PUNTOS (EMBARAZO DE MUY ALTO RIES GO)..... ID. EMBARAZO DE MUY ALTO POR CONTROLINS UFICIENTE MAS EMBARAZO GEMELAR MAS CUP-1 MAS RIES GO MODERADO DE DES ARROLLAR PREECLAMPS IA.....TRATAMIENTO EDUCACIONAL. HIGIENE DIARIA CON PH LAC + ALIMENTACION S ALUDABLE + BANDERAS ROJAS + S IGNOS DE ALARMAYA EXPLICADOS EN CONS ULTA + TAMIZAJE DE VIOLENCIA + EDUCACION EN PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCION DE INFECCIONESDE TRANS MIS ION S EXUAL..... TERAPEUTICO: S E MANTENDRA PROFILAXIS DE ANEMIA (HIERRO MAS AC FOLICO 60/0.4MG QD11AM) Y PREECLAMPS IA (CALCIO 500MG TID + AS A 100MG QD 7PM) S EGÚN GUIAS DEL MS P..... S EGUIMIENTO: REFERENCIA AHBP (US UARIO NIEGA REFERENCIA Y PIDE POR FAVOR S ER DERIVADA A CHONE POR CERCANIA DOMICILIARIA) S E TRAMITA REFERENCIADE MANERA URGENTE PARA VALORACION DE PLAN DE PARTO (PLANIFICACION DE CES AREA) Y TRANS PORT	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
INMUNOLOGIA: TOXOPLAS MA IGM NEGATIVO - RUBEOLA IGM NEGATIVO - CITOMEGALOVIRUS IGM NEGATIVO - TOXOPLAS MA IGGNEGATIVO - RUBEOLA IGG NEGATIVO - CITOMEGALOVIRUS IGG NEGATIVO - HS V IGM NEGATIVO - HS V IGG NEGATIVO - S ANGRE:COMPONENTES S ANGUINEOS : HEMATOCRITO 37.4 % 37-00 - 54-00 HEMOGLOBINA 13.2 G/DL 11-00 - 16-00 GLOBULOS ROJOS 4.42MM3 3-50 - 5-50 LEUC OC ITOS * 10.9 MM3 4-00 - 10-00 PLAQUETAS * 352 MM3 100-00 - 350-00 S EGME * 71.2 % 50-00 - 70-00 LINFO20.0 % 20-00 - 40-00 EOS IN 3.56 % 0-50 - 5-00 MONOC 7.48 % 3-00 - 12-00 BAS OF * 0.792 % 0-00 - 0-10 VCM 84.5 FL 80-00 - 100-00HCM 29.9 FL 27-00 - 34-00 CHCM 35.4 FL 32-00 - 36-00 GRUPO - FACTOR RH ORH(+) ULTRAS ONIDO: UTERO OCUPADO POR EMBARAZOGEMELAR BIAMNIOTICO MONOCORIAL.... FETO 1 DORS O ANTERIOR DERECHO FCF 136 LATIDOS BIOMETRIA COMPATIBLE CONEMBARAZO DE 30.1 S EMANAS PES O FETAL 1479 GRAMOS FETO 2 CEFALICO DORS O ANTERIOR IZQUIERDO FCF 135 LATIDOSBIOMETRIA COMPATIBLE CON EMBARAZO DE 30 S EMANAS PES O FETAL 1469 GRAMOS PLACENTA LOCALIZADA EN PARED ANTERIORINCERS ION NORMAL PLACENTA G2 ILA 14ML ID: EMBARAZO GEMELAR DE 30 S EMANAS POR BIOMETRIA FETAL VITALIDA CONS ERVADATP: TIEMPO DE PROTROMBINA 11 S EG 10-00 - 14-00 TIEMPO T. PARCIAL 39 S EG 25-00 - 45-00	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Embarazo Doble		O300		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-23	09:28	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO

1312068727

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	