



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	El Recreo - San Miguel		CS-A	1316798212													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Hidalgo		Alvarez		Diana		Carolina		M	11-06-2006	19	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
0988552939				☒		☐													
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		☒									
13		1315		131550		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 19 AÑOS PRIMIGESTA CURA EMBARZO DE 14 SEMANAS POR FUM: 29-01-2026 FPP: 05-11-2026 AGO: MENARQUIA 13 AÑOS. IVS: 14 AÑOS NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES 4. ITS NO REFIERE. APP: NO REFIERE APF NO REFIERE- RIESGO OBSTERICO ALTO (GESTANTE DE 19 AÑOS (1)- DISFUNCIÓN FAMILIAR (1)- GLUCOSA-92 (2)- CONDILOMATOSIS (2). SCORE MAMA 0. SIN REDES DE APOYO- SOLTERA. AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SENSACIÓN DE DESMAYO- CEFALEA Y VISION BORROSA AL PONERSE DE PIE- NIEGA ACTIVIDAD UTERINA HIDORREA U OTROS SIGNOS DE ALARMA. ADEMÁS REFIERE HACE 2 SEMANAS PRESENTÓ LESIONES EN LA PARTE VULVAR. AL EXAMEN FÍSICO CON PRESENCIA DE LESIONES PAPILOMATOSAS DE ASPECTO VERRUGOSO- MULTIPLES- DE COLORACION BLANQUECINA ROSADA- UBICADAS EN MUCOSA DE VULVAR INTERNA- PREDOMINANTE EN CARA INTERNA DE LABIO MENOR IZQUIERDO CON EXTENSION HACIA REGIÓN PERINEAL POSTERIOR.SE NECESITA VALORACION POR ESPECIALIDAD + TRATAMIENTO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFIA 23-04-2026: RODUCTO UNICO VIVO BDP: 17.6 MM QUE CORRESPONDE A 12.5 SEMANAS CC: 61 MM QUE CORRESPONDE A 12.2 SEMANAS AC: 50 MM QUE CORRESPONDE A 12.0 SEMANAS FL 7-3 MM QUE CORRESPONDE A 12-2 SEMANSS CRL: 52 MM QUE CORRESPONDE A 12-2 SEMANAS PLACENTA ANTERIOR MADUREZ GRADO 0/III FRECUENCIA CARDIACA 163 LPM LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL HUESO NASAL 2-3 MM TN 1-1 MM DUCTUS VENOSO: IP 0-80 INDICE DE RESISTENCIA ARTERIA UTERINA DER 0.84 SE OBSERVA NOTCH PROTODIASTOLICO SE OBSERVA HEMATIMA RETROCORIAL DE 17 MM X 12 MM EDAD US 12-1 SEMANAS EFW: 54 GRAMOS. LEUCOCITOS 9-92 NEUTROFILOS 6-98 LINFOCITOS 22-42 HEMOGLOBINA 12-2 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO 80.0 HEMOGLOBINA 27.0 FACTOR RH GRUPO SANGUINEO O + GLUCOSA 93- 5 COLESTEROL TOTAL 192.92 TRIGLICERIDOS 189.14 UREA 19.80 BUM 9.24 CREATININA 0.68 TSA FILTRACIÓN GLOMERULAR 131 TGO 12.50 TGP 15.20 TOXOPLASMA IGG POSITIVO TOXOPLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLA IGM NEGATIVO CITOMEGALOVIRUS IGG IGM NEGATIVO HERPES I IGG HERPES I IMG NEGATIVO HERPES II IGG HERPES II IGM NEGATIVO EMO: GLUCOSA NEGATIVO PROTEINAS NEGATIVO SANGRE NEGATIVO NEGATIVO EXAMEN MICROSCOPICO 3.5 BACTERIAS ESCASAS CELULAS EPITELALES MODERADAS FILAMENTOS MUCOSOS + CRISTALES FOSFATOS AMORFOS +++

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Verrugas (Venereas) Anogenitales		A630	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-08	09:55	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310671951				

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	