



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	Sesme	CS-A	1314797802							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Castañeda	Castañeda	Mayra	Elizabeth	M	20-03-2003	23	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0967537862		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						
13	1303	130356	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 23 AÑOS - S ECUNDIGES TA- NULÍPARA- CON ANTECEDENTE DE EPILEPS IA DES DE LA INFANCIA (S US PENDIÓTRATAMIENTO HACE 4 AÑOS) Y EMBARAZO PREVIO COMPLICADO CON ECLAMPS IA QUE REQUIRIÓ CES ÁREA. ACUDE PARA CAPTACIÓNTARDÍA DE EMBARAZO- PES E A CONTAR CON PRUEBA DE β-HCG POS ITIVA DES DE EL 06/MARZO/2026 S IN HABER INICIADO CONTROLESPRENATALES OPORTUNOS . ACTUALMENTE CURS A EMBARAZO ÚNICO INTRAUTERINO VIVO DE 22 S EMANAS + 2 DÍAS (ECO23/ABRIL/2026)- CON FETO EN BUEN ES TADO- BIOMETRÍA ACORDE- FRECUENCIA CARDÍACA FETAL 152 LPM- LÍQUIDO AMNIÓTICO YANATOMÍA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES - CON FPP 25/AGOS TO/2026. ANTECEDENTE RECIENTE DE INFECCIÓN DE VÍASURINARIAS EN TRATAMIENTO- ACTUALMENTE EN RES OLUCIÓN S EGÚN UROANÁLIS IS . AL EXAMEN S E ENCUENTRAHEMODINÁMICAMENTE ES TABLE- CON S IGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS Y ES TADO NUTRICIONAL ADECUADO. S E CONS IDERAEMBARAZO DE ALTO RIES GO OBS TÉTRICO POR ANTECEDENTE DE ECLAMPS IA- EPILEPS IA- CES ÁREA PREVIA Y CAPTACIÓN TARDÍA- CONALTO RIES GO DE PREECLAMPS IA- POR LO QUE REQUIERE CONTROL ES TRICTO Y S EGUIMIENTO ES PECIALIZADO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

UROANÁLIS IS COLOR: AMARILLO ASPECTO: TURBIO DENSIDAD: 1.005 PH: 6.5 LEUCOCITOS: POSITIVO NITRITOS: NEGATIVOPROTEÍNAS: NEGATIVO GLUCOSA: NEGATIVO CUERPOS CETÓNICOS: NEGATIVO UROBILINÓGENO: NEGATIVO BILIRRUBINA: NEGATIVO S ANGRE:NEGATIVO S EDIMENTO URINARIO: CÉLULAS EPITELIALES: 17?19 /CAMPO PIOCITOS: 6?8 /CAMPO HEMATÍES: 1?3 /CAMPO BACTERIAS: (+++)OTROS ANALIS IS : β-HCG EN SANGRE: POS ITIVO ULTRAS ONIDO: HALLAZ GOS: EMBARAZ O ÚNICO INTRAUTERINO VIVO EDAD GESTACIONAL: 22SEMANAS + 2 DÍAS (POR BIOMETRÍA FETAL) BIOMETRÍA FETAL (HADLOCK): BPD: 5.66 CM HC: 19.95 CM AC: 16.66 CM FL: 3.79 CMFRECUENCIA CARDÍACA FETAL: 152 LPM CARACTERÍSTICAS FETALES: PRESENTACIÓN: CEFÁLICA DORSO: IZ QUIERDO MOVIMIENTOS FETALES:PRESENTES TONO FETAL: CONSERVADO S EXO: MASCULINO PLACENTA: POSTERIOR- GRADO I- SIN SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO LÍQUIDO AMNIÓTICO:ILA 14.7 CM (DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES) ANATOMÍA FETAL: CABEZ A- CARA- TÓRAX- ABDOMEN- COLUMNA Y EXTREMIDADES: DENTRO DELA NORMALIDAD CORAZ ÓN: 4 CÁMARAS- TAMAÑO Y EJE NORMALES PESO FETAL ESTIMADO: 465 G ± 68 G CONCLUSIÓN: EMBARAZ O ACORDE A 22SEMANAS + 2 DÍAS FECHA PROBABLE DE PARTO: 25/AGOS TO/2026 S E SUGIERE CONTROL ECOGRÁFICO EVOLUTIVO POSTERIOR A LAS 24 SEMANAS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa	O342		X	4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-09	02:15	Keily	Villamil	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313408427				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----



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		