



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	Eloy Alfaro	CS-A	1316395910							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Montenegro	Mendoza	Jeniffer	Nicole	M	25-06-2004	21	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0999974742		☒		☐							
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 resolutoria		X				
13	1303	130355	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

GESTANTE DE 21 AÑOS- CON FUM DE 7/11/2025 CORRESPONDIENTE A 28 SEMANAS DE GESTACION Y POR ECOGRAFIA DE PRIMERTRIMESTRE 28.3 SEMANAS DE GESTACION- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: GESTAS: 1- ABORTOS: 1- PERIODOINTERGENESICO DE 3 AÑOS- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES:MAMA HTA- ABUELO PATERNO HTA- ALERGIAS: NO REFIERE- HABITOS: NO REFIERE. ACUDE A LA CONSULTA DE OBSTETRICIA PORDOLOR EN HIPOGASTRIO DE LEVE INTENSIDAD QUE SE IRRADIA A REGION LUMBOSACRA- SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO YESPACIO COLABORA CON EL INTERROGATORIO. SE REALIZA VALORACION MEDICA- SE OFERTA INSPECCION VISUAL PARA DESCARTE O CORROBORAR DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS- A LA ESPECULOSCOPIA: CERVIX CENTRAL CERRADO- APARENTEMENTE SANO- VALSAVA NEGATIVA- SE EVIDENCIA LEUCORREA BLANQUECINA GRUMOSA EN ESCASA CANTIDAD- SE REALIZA EXPLORACION BIMANUAL- SE PALPA ESTRECHEZ PELVICA- MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION POR GINECOLOGIA----- - CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: ABORTO (MENOS A 20 SG) (1) + SOBREPESO IMC DE 25.1 A 29.9 (1) = 2 RIESGO OBSTETRICO BAJO-----

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

-----BIOMETRIA HEMATICA-----OTROS ANALISIS: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS $\hat{c}$ 3.96 10⁶/?L 4 - 6 HEMOGLOBINA $\hat{c}$ 12.1 G/DL 13- 17 HEMATOCRITO $\hat{c}$ 35.0 % 40 - 50 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 88.3 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)30.6 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 34.6 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 12.2 % 11.5- 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 42.4 ?M³ PLAQUETAS 271 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.28 % 0.1 - 0.5 VOLUMENPLAQUETARIO MEDIO (MPV) 10.5 ?M³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 12.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULASGRANDES) 77 10³/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 28.4 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS $\hat{c}$ 10.19 10³/?L 4 - 10LINFOCITOS (%) $\hat{c}$ 19.1 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS (%) $\hat{c}$ 70.6 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 8 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 1.5 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%)0.8 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 1.95 10³/?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) $\hat{c}$ 7.19 10³/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.82 10³/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#)0.15 10³/?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#) 0.08 -----ULTRASONIDO: -----FETO UNICO- PRESENTACION PODALICO- DORSO IZQUIERDO- PLACENTA GRADO I - II DE MADUREZ- LATIDOS CARDIACOS FETALES PRESENTES- VENTRICULOS NORMALES- CEREBELO: NORMAL- FOSA POSTERIOR NORMAL- PLEXOS COROIDEOS: PRESENTES- CAVUM SEPTUM PELLICIDIUM PRESENTE- HUESO NASA PRESENTE- ABDOMEN FETAL: ESTOMAGO OBSERVADO RIÑONES OBSERVADOS VEJIGA OBSERVADO PARED ABDOMINAL NORMAL SINALTERACIONES MENSURACIONES - FETOMETRIA DIAMETRO BIPARIETAL MIDE 47 MM 20.2 SEMANAS CIRCUNFERENCIA CEFALICA MIDE176 MM 20./ SEMANAS PERIMETRO ABDOMINAL MIDE 152 MM 20.3 SEMANAS LONGITUD FEMUR MIDE 32 MM 20.2 SEMANAS HUMEROMIDE 30 MM 20.2 SEMANAS TIBIA MIDE 29 MM 20.4 SEMANAS EMBARAZO DE 20.2 SEMANAS DE GESTACION POR ULTRASONIDO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Atencion Materna Por Desproporcion Debida A Estrechez General De La Pelvis	O331	X		4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-04	08:27	Milton	Barreto	Chica
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312587668				

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
MSP			CENTRO DE SALUD	1316395910	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Eloy Alfaro	13D07	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Indicaciones

1. Signos De Alarma
2. Plan De Parto Y Transporte
3. Asesoría Nutricional
4. Asesoría En Zika
5. Asesoriamiento En Planificacion Familiar
6. Actividad Fisica Normal
7. Asesoría En Lactancia Materna
8. Asesoría En Esamyn
9. Hierro + Acido Folico 1 Tableta Diaria
10. Calcio 1.5 Gramos Diarios
11. Acido Acetilsalicilico 150 Mg Una Vez Al Dia Hasta La Semana 36
12. Controles En Centro De Salud

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Supervision De Primer Embarazo Normal	Z340			4.			
2.	Consejo Y Asesoramiento General Sobre La Anticoncepcion	Z300			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	
1309899043				