



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	San Antonio	CS-A	1317540563									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Villigua	Sanchez	Yahaira	Janeth	M	28-08-2008	17	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
096-724-9613		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	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 ADOLESCENTE DE 17 AÑOS DE EDAD- CON FUM DE: 10/09/2025 (NO CONFIABLE) CORRESPONDIENTE A 30.6 SEMANAS DEGESTACION Y POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE PARTICULAR YA REPORTADA EN SISTEMA CURSA CON 24.3 SG. ANTECEDENTESGINECO-OBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 1 PERIODO INTERGENESICO DE 2 AÑOS 7 MESES- ANTECEDENTES PATOLOGICOSPERSOANLES: NO REFIERE- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: PAPA HTA Y DM2- ABUELA PATERNA HTA Y DM2- ALERGIAS: NOREFIERE- HABITOS: NO REFIERE. ACUDE POR CONTROL PRENATAL. AL MOMENTO NO REFIERE SÍNTOMAS NI SIGNOS- SE ENCUENTRAAFEBRIL-ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE QUE COLABORA CON EL INTERROGATORIO. SE REALIZAVALORACION NUTRICIONAL: IMC: 23.58 (NORMOPESO) GANANCIA DE PESO INADECUADA. PESO INICIAL: 64.10 KG (-5.60)-----CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO: GESTANTE 14(1 DIA) A 19 AÑOS (1) = 1 RIESGO OBSTETRICO BAJO-----

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
-----BIOMETRIA HEMATICA-----OTROS ANALISIS: BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA: LEUCOCITOS: 12.64 NEUTROFILOS: 79.2-LINFOCITOS: 16.7- MONOCITOS: 4.1- ERITROCITOS: 4.32- HEMOGLOBINA: 12.5- HEMATOCRITO: 38.5- PLAQUETAS: 197 -----QUIMICASANGUINEA-----GLUCOSA 65 MG/DL COLESTEROL 207 MG/DL TRIGLICERIDOS 126 MG/DL ACIDO URICO 3.2 MG/DL UREA 19 MG/DLCREATININA 0.6 MG/DL AST: 25----- ALT: 20 -----ECOGRAFIA OBSTETRICA-----ULTRASONIDO: UTERO: OCUPADO POR FETOUNICO VIVO. SEXO: FEMENINO. POSICION: PODALICO DORSO LATERAL IZQUIERDO. CABEZA: NORMOCEFALO. CORAZON: CUATROCAMARAS-FCF: 144 LPM. ORGANOS INTRAABDOMINALES NORMOCONFIGURADOS. CORDON UMBILICAL 3 VASOS 2 ARTERIAS / VENA.NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDON TEJIDOS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES. PLACENTA FUNDICA- ANTERIOR- GRADO II DEMADURACION. LIQUIDO AMNIOTICO S UFICIENTE PARA EDAD GESTACIONAL. ILA: 14.67CM. PESO: 705G. CONSIDERAR: EMBARAZO DE24.4 SEMANAS DE GESTACION POR BIOMETRIA FETAL. FPP: 27/07/2026

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Aumento Pequeño De Peso En El Embarazo	O261		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-17	09:30	Esther	Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311821787				

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	