

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	ZAMBRANO	JENNIFER MICAELA	08	10	2006	18 años, 10 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0943013433	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	099-856-8773 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0943013433	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	08	18
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE NULÍPARA DE 18 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 HVO HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: PATOLOGÍA TIROIDEA NO ESPECIFICADA // APQX: NO REFIERE // APF: PAPA CON VIH // ALERGIAS: NO REFIERE // GESTANTE DE 34.6 SG SEGÚN FUM DEL 17/12/2024 Y POR ECOGRAFIA DEL 14/03/2025 CON 12.4 SG TENDRIA 35.0 SG. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE. // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO REFIERE PRESENCIA DE SANGRADO TRANSVAGINAL, SECRECIONES VAGINALES AMARILLENTAS FETIDA QUE NO SE ACOMPAÑA DE PRURITO VULVAR, NO DISURIA, REFIERE QUE EL 10/08/2025 ACUDIO AL HOSPITAL DE CHONE POR DOLOR EN HIPOGASTRIO, LE INDICARON QUE TENIA INFECCION DE VIAS URINARIAS (LE PRESCRIBIERON TARTAMIENTO PERO NO RECUERDA EL NOMBRE DE LA MEDICACION POR 10 DIAS) Y LE PRESCRIBIERON OVULOS VAGINALES POR 10 DIAS.// AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. PRESENCIA DE MASA VISIBLE EN LA REGION ANTERIOR DEL CUELLO SIN SINTOMAS ACOMPAÑANTES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, ÚTERO GRÁVIDO, PRESENTACIÓN: CEFÁLICO, AFU: 30 CM, FCF: 150 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. // ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL / SCORE MAMA: 0 RO: 4 PUNTOS = MUY ALTO (EDAD, HEMORRAGIA EN PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LÓBULO DERECHO MIDE 2.72 CM DE DIÁMETRO LONG/TUDINAL X 2.17 CM DE DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR X 1.94 CM DE DIÁMETRO TRANSVERSO. VOLUMEN TIROIDEO DE 6.0 I ML. ECOGENICIDAD HOMOGÉNEA. FLUJO DOPPLER AUMENTADO. NO SE APRECIA IMÁGENES QUISTICAS NI SOLIDAS EN SU INTERIOR • TIROIDES LÓBULO IZQUIERDO MIDE 2.73 CM DE DIÁMETRO LONGITUDINAL X 1.55 CM DE DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR X 1.54 CM DE DIÁMETRO TRANSVERSO. VOLUMEN TIROIDEO DE 3.42ML ECOGENICIDAD HOMOGÉNEA FLUJO DOPPLER CONSERVADO. NO SE APRECIA IMÁGENES QUISTICAS NI SOLIDAS EN SU INTERIOR • ISTMO TIROIDEO MIDE 0.29CM ANTEROPOSTERIOR, ECOTEXTURA HOMOGÉNEA. CONSIDERAR: • LOBULO DERECHO VOLUMEN AUMENTADO MAS FLUJO DOPPLER AUMENTADO. ANTI TIROPEROXIDASA (ANTI-TPO): 87.60 UI/ML. TEL: 0998568773

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS Y AFECCIONES QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O 998		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	11:36	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	11:36	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	