

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESPINEL	IBARRA	MARIA DE LOS ANGELES	05	11	2007	16 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0943246330	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AGUA BLANCA y	096-736-9632 /
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	0943246330	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	10	05
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 SECUNDIGESTA DE 16 AÑOS CON 32.1 SG -SEGUN FUM 20-02-24/ FPP:20-12-2024 // AP: NO REFIERE, APQX: CESAREA HACE 2 AÑOS (8-11-2021 REFIERE PARTO PRETERMINO Y BAJO PESO AL NACER)*,APF: NO REFIERE, AGO: G1 P0 A0 C1, MENARQUIA:12 A, METODO DE PLANIFICACION: NINGUNO. AL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA. RIESGO OBSTETRICO ALTO: EDAD + HIJO CON BAJO PESO AL NACER + CUP CON EMB +32SG. PACIENTE REFIERE EVENTOS DE TAQUICARDIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 16 AÑOS CON 32.1 SG G1P0C1, APQX: CESAREA HACE 2 AÑOS (8-11-2021 REFIERE PARTO PRETERMINO Y BAJO PESO AL NACER) + RIESGO OBSTETRICO ALTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O 342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-05	09:18	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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 clínico

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
2024-10-05	09:18	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	