

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres                 | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SOLORZANO        | CHASI            | KRISTHEL DE LOS ANGELES | 01                  | 05  | 2008 | 16 años, 8 meses, 26 días | Mujer   |
|                  |                  |                         | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0951865922        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | BARQUERO y                   | 099-926-9432 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia   | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 0951865922      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 01  | 27  |
| 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 ☐

PRIMIGESTA DE 16 AÑOS  
CON GLUCOSA DE  
109MG/DL EN AYUNAS

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE NULIPARA DE 16 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 H0 V0 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: ASMA //APQX: NO REFIERE // APF: NO REFIERE // AA: NO REFIERE// GESTANTE DE 23.1 SG SEGÚN FUM DEL 18/08/2024. ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFÍA REALIZADA EL 03/12/2024 EN LA CUAL SE REPORTA: UTERO CON PRESENCIA DE FETO VITAL EN SU INTERIOR, PRESENTACIÓN PODÁLICO DORSO IQUIERDO. PLACENTA MARGINAL ANTERIOR GRADO 0. ILA EN CANTIDAD ADECUADA. MOVIMIENTOS ACTIVOS, ACTIVIDAD CARDIACA PRESENTE DE 146LPM, PESO 124GR. ID: EMBARAZO DE 15.4SG. ASÍ MISMO ACUDE CON EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EL 14/01/2025 EN LOS CUALES SE REPORTA: WBC: 9.34 LINF%: 15 NEU%: 74.1 RBC: 4.98 HB: 10.8 HTO: 38.1 VCM: 76.6 HCM: 21.7 PLT: 252. PRESENTA EXAMEN DE GLUCOSA REALIZADA EL 03/12/2024 EN LA CUAL SE REPORTAN VALORES DE 109MG/DL EN AYUNAS. SE LE RELIZA GLICEMIA CAPILAR EN AYUNO DE 9 HORAS CON RESULTADO DE 111MG/DL.// MADRE REFIERE QUE HACE UNA SEMANA PRESENTA CRISIS ASMÁTICA POR LO QUE ACUDE A EMERGENCIA DONDE LE APLICAN BETAMETASONA INHALATORIA, ENVÍAN A CASA CON SALBUTAMOL INHALATORIO C12H, Y REFERNCIA A NEUMOLOGÍA (TIENE CITA EL 18/02/2025 EN HOSPITAL DE BAHÍA)//AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: TRANSVERSO, AFU: 27CM, FCF: 143. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD/ SCORE MAMA: 0 RO: 9 PUNTOS= MUY ALTO (EDAD, OBESIDAD, GLICEMIA BASAL >92MG/DL, ASMA)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA CAPILAR EN AYUNAS 111MG/DL. PRESENTA ASMA CON EXACERBACIÓN HACE UNAS SEMANAS, EN CONTROL CON NEUMOLOGÍA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO | O244   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-01-27 | 09:09 | Medicina Rural | ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ | 1311532590 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-01-27 | 09:09 | Medicina Rural | ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ | 1311532590 |       |