

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARIA	ELENA	RODRIGUEZ PILLIGUA	11	11	2006	18 años, 2 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1208664001	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA GONZALO SUAREZ y	098-572-2186 /
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	1208664001	CONVENTO	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	28
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 FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD FUM: 28/06/2024 NO CONFIABLE AGO: G1 P0 C0 A1 (EN NOVIEMBRE DEL 2023), APP: NO REFIERE, APF: PADRE DM2 E HTA, AQX: NO REFIERE, ALERGIA: NO REFIERE, CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO GESTANTE DE 18 AÑOS (1) ABORTO (1) PIG <18 MESES (2) OBESIDAD IMC 36.83 (3) RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO PUNTAJE TOTAL= 7 HOY CURSA EMBARAZO DE 36.2 SG POR ECO TARDIA REALIZADA EL 04/01/2025 CON REPORTE DE 29 SG, FPP 19/02/2025. PACIENTE REFIERE SER DE LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO, ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU HERMANA A UNIDAD DE SALUD PARA CONTROL PRENATAL POR REFERIR EDEMATIZACION EN MIEMBROS SUP E INF GRADO II. MADRE DE LA GESTANTE REFIERE QUE EN SANTO DOMINGO ESTA EN COMPLETO DESCUIDO Y DECIDE HACERSE CARGO DE ELLA. HACE CAMBIO DE DOMICILIO, NO (LIS), SE REALIZA EL CONTROL PRENATAL POR SEGUNDA VEZ CS CONVENTO POR EMBARAZO AVANZADO. AL MOMENTO CON ECOGRAFIA REALIZADA EL 24 /01 /2025 REPORTA EMBARAZO DE 35.1 SG PRESENTACION CEFALICO DORSO IZQUIERDO DOBLE CIRCULAR DE CORDON SEXO MASCULINO FCF 135X MINUTO PLACENTA GRADO II IMPLANTACION FUNDICA ILA 13.1 CM FECHA PROBABLE DE PARTO 27 /02/2025 AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA ES SUS ESFERAS. AL EXAMEN FISICO TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS, MAMAS SIMETRICAS, SIN PRESENCIA DE DOLOR NI SECRECIONES. ABDOMEN GLOBOSO, AU 35 CM, PRESENTACION FETAL CEFALICO DORSO IZQUIERDO , FCF 135 LPM. MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS. NO SE REALIZA EX GINECOLOGICO, EXTREMIDADES SUP E INF CON PRESENCIA DE EDEMA GRADO II. SE REVISAN EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADO EL 24/01/2025 TORCH NEGATIVO VDRL NO REACTIVO EMOURIANALISIS AMARILLO LIGERAMENTE TURBIO BACTERIAS + LEUCOCITOS 16 A 19 X CAMPO BIOMETRIA LEUC 9.48 NEUT 74.2 HB 8.5 HCTO 29 PLAQTAS 462 GLUCOSA 52 COLESTEROL 209 TRIGLICERIDOS 247 SE PRESCRIBE HIERRO 60MG + AC. FÓLICO 400MCG TOMAR 1 TAB CADA 24 HORAS, NITROFURANTOINA SOLIDO ORAL 100 MG (14) TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS POR 7 DIAS NO SE ENTREGAN POR FALTA EN STOCK, SE PRESCRIBE AC FOLICO SOLIDO 1MG (30) TOMAR UNA TAB CADA 24H DURANTE 30 DIAS Y SE INDICA A PACIENTE COMPRAR HIERRO BEBIBLE Y NITROFURANTOINA ANTES MENCIONADA. REFERENCIA A SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA REALIZADA EL 24 /01 /2025 REPORTA EMBARAZO DE 35.1 SG PRESENTACION CEFALICO DORSO IZQUIERDO DOBLE CIRCULAR DE CORDON SEXO MASCULINO FCF 135X MINUTO PLACENTA GRADO II IMPLANTACION FUNDICA ILA 13.1 CM FECHA PROBABLE DE PARTO 27 /02/2025 SE REVISAN EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADO EL 24/01/2025 TORCH NEGATIVO VDRL NO REACTIVO EMOURIANALISIS AMARILLO LIGERAMENTE TURBIO BACTERIAS + LEUCOCITOS 16 A 19 X CAMPO BIOMETRIA LEUC 9.48 NEUT 74.2 HB 8.5 HCTO 29 PLAQTAS 462 GLUCOSA 52 COLESTEROL 209 TRIGLICERIDOS 247

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	15:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-01-28	15:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	