

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	CHAVEZ	MARIA BELEN	30	07	2008	16 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1252389794	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	096-314-8675 /
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	1252389794	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	12	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PRIMIGESTA DE 16 AÑOS DE EDAD CON 33.2 SG (SEGUN FUM), FUM: 14-04-2024, FPP:19-01-2024/ AP:NR APQX: NR, APF: NR, AGO: G0 P0 A0C0, MENSTRUACIONES :IRREGULARES.METODO DE PLANIFICACION: NINGUNO RO: BAJO (SEGUN ESCALA MSP), SIN EMBARGO EN CONSULTA REFIERE CUADROS DE CEFALEA MODERADA LOS CUALES SE PRESENTAN PASANDO 1 DIA, ADEMAS DE CUADROS DE EDEMA EN PIES AGRAVADOS AL ESTAR SENTADA MUCHO TIEMPO, DURANTE CONSULTA PRESIONES SE EN CUENTRAN EN VN Y PROTEINURIA NEG SGUN TRO. PACIENTE A SU VEZ NO HA TRAIIDO LABORATORIOS HACE VARIOS MESES. SE REALIZA INTERCONSULTA POR EMBARAAZO ADOLESCENTE CON SIGNOS DE ALARMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

31-10: GLUCOSA: 66.8, MALARIA NEGATIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE	O288	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	18:08	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 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
2024-12-03	18:08	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	