

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	CEDEÑO	VALERIA ESPERANZA	13	02	1996	29 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310676570	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AGUA POTABLE y	097-865-1815 /
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	1310676570	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	10	29
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 29 AÑOS DE DIFÍCIL INTERROGATORIO QUE CURSA GESTACIÓN DE 13.6 SEMANAS ACUDE A CONSULTA POR SEGUNDO CONTROL PRENATAL; ACOMPAÑADA DE SU ESPOSO. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NO RASH, AL MOMENTO NO PRESENTA FIEBRE, SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE, ACTIVIDAD UTERINA: NO. EDEMA: NO; AL MOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DE NÁUSEAS DE TIPO MATUTINO, PRESENTA LEUCORREA DE CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS: FLUIDA, BLANQUECINA, SIN MAL OLOR, PRURIGINOSA, SIN DISURIA NI SÍNTOMAS URINARIOS ASOCIADOS. ADICIONALMENTE, MENCIONA CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA, NO ASOCIADA A FOSFENOS, ACÚFENOS NI ESCOTOMAS. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE A LA CONSULTA CON CRISIS HIPERTENSIVA PA: 183/137. POR LO QUE SE EMPIEZA CICLO DE NIFEDIPINA, SE ADMINISTRA PRIMERA DOSIS DE NIFEDIPINA, PA POSTERIOR A PRIMERA TOMA (20MG): 200/136 NO PRESENTA SÍNTOMAS DE ALARMA. TENSIÓN ARTERIAL CON SCORE MAMA: 7 PUNTOS. SE EMPLEA DER Y SE TRASLADA A LA PACIENTE DE EMERGENCIA AL HOSPITAL. AL MOMENTO PACIENTE NO PRESENTA TINNITUS, FOSFENOS, PÉRDIDAS VAGINALES, PARESTESIA, CEFALEA, ALZA TÉRMICA, ACTIVIDAD UTERINA, FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES. SE ENVIA TRATAMIENTO A LA SINTOMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO PRESENTA EXAMENES NI ECOGRAFÍA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O100		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-29	10:28	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-10-29	10:28	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

