

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VIVAS	ROSADO	JOHANA ALEXANDRA	10	09	1987	38 años, 4 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	1310820327	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FLORIDA y X	099-547-6409 /
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	1310820327	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	26
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 38 AÑOS DE EDAD, NACIDA EN CANUTOO, RESIDENTE: CALLE FLORIDA VIA CHONE, A LOS LADOS DE LA EMPRESA DE AGUA "WATER HOME", CASA DE CONSTRUCCION MIXTA COLOR BEIGE, TEF: 0962827340 (PACIENTE)/ 0984394219 (AMIGA: GEMA FALCONES), CONTACTO DE REFERENCIA: PACIENTE Y AMIGA. OCUPACIÓN: AMA DE CASA. ACUDE A CONSULTA POR PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO , SE PREGUNTA AUTOIDENTIFICACION : MESTIZA, SE BRINDA CHARLA DE PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE DONDE SE INDICA POSICIONES DE PARTO INTECULTURAL Y DESEA PARIR : ACOSTADA, TRAE CONSIGO ECOGRAFIA REALIZADA EL 20/ENERO/2026 Y REPORTA 7.25G EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 8.45G. CURSA 12.5 SG SEGÚN FUM NO CONFIABLE: 31/10/2025 CON FPP 07/08/2026. NO COINCIDE CON LA PRIMERA ECOGRAFIA. APP: ABORTOS RECURRENTES #3. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF:NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS: G:3. P:0. C:0. A:3 MENARQUIA: 12 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 20 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 4, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION IRREGULARES:NO PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO REFIERE. EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA, NO SANGRADOS, NO SECRECION, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW 15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: NA, POSICION: NA. FCF: NA. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 5 PUNTO (SOBREPESO +1PT > 2 ABORTOS +2PT, EDAD +1PT), POR LO QUE SE REALIZA LA REFERENCIA PARA GINECOLOGIA. TA 120/79. SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: NO APLICA. TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS: AUN NO. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIH, HEPATITIS C, Y CHAGAS: NO REACTIVO, HEPATITIS B Y SIFILIS NO DISPONEMOS DE REACTIVOS. SE INDICA EXAMENES DE LABORATORIO TRAER EL PROXIMO CONTROL. SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO (NO HAY EN STOCK), SE INDICA CALCIO 1500MG (NO HAY EN STOCK) + ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG POR RIESGO DE PRECLAMPSIA. IC ODONTOLÓGIA. SE CITA A CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 5 PUNTO (SOBREPESO +1PT > 2 ABORTOS +2PT, EDAD +1PT) // ULTRASONIDO: ÚTERO EN ANTEVERSIÓN GESTANTE, PRESENCIA DE CAVIDAD UTERINA DE SACO GESTACIONAL CON EMBRIÓN VITAL EN SU INTERIOR. EMBRIÓN ÚNICO VIVO, DIÁMETRO CRÁNEO CAUDAL DE 14 mm QUE CORRESPONDE A 7.5 SEMANAS DE GESTACIÓN. FRECUENCIA CARDÍACA DE EMBRIÓN 167 LATIDOS POR MINUTO. AMNIOS NORMAL. VESÍCULA VITELINA DE 4.2 mm DE ESPESOR. CELOMA EXTRA EMBRIONARIO NORMAL. TROFOBLASTO ENVOLVENTE. DECIDUAS NORMAL. ANEXO DERECHO E IZQUIERDO NORMAL. ID: EMBARAZO DE 7.5 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA. EMBRIÓN ÚNICO VIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO	Z351		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	11:39	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-01-26	11:39	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	