

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SANCHEZ          | GARCIA           | MARIA VALERIA | 28                  | 05  | 1991 | 33 años, 7 meses, 23 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312474024        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | LA SABANA y                  | 099-986-1915 /       |
| 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                 | 1312474024      | 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  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                     |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada      | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | EDEMA MIEMBROS INFERIORES DE 7 DIAS |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P1 A0 C1 HV0 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 22 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, CITOLOGIAS: 2, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO// APP: NO REFIERE //APQX: CESAREA // APF: NO REFIERE // GESTANTE DE 36.2 SG SEGÚN FUM DEL 11/05/2024. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL . 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: CEFÁLICO, AFU: 30, FCF: 136 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: EDEMA EN MIEMBROS INFERIOR DE 1 SEMANA DE EVOLUCION. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 1 PUNTOS = BAJO (SOBREPESO.)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 33 AÑOS MENCIONA TENER EDEMA CON FOVEA DE 7 DIAS DE EVOLUCION A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES, PRESION NORMAL, NO PRESENTA DOLORES DE CABEZA, NO SE REALIZA EMO Y TAMPOCO PRES NETA DESEO MICCIONAL AL MOMENTO DE LA CONSULTA PARA VALORAR PROTEINURIA EN TIRILLA. SE SOLCITIA VALROACION POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------|--------|-----|-----|
| EDEMA GESTACIONAL | O120   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-01-20 | 10:42 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-01-20 | 10:42 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |