

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALDARREAGA	MINAYA	MARIA MERCEDES	07	05	1993	31 años, 6 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312536186	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS BRAVOS GRANDE y	098-274-2363 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312536186	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		2024	11	19
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

☐

PACIENTE DE 31 AÑOS, AGO 2 CESAREAS ANTERIORES, CON EMBARAZO DE 31.4 SG X ECO. RIESGO OBSTÉTRICO MUY ALTO X PIG CORTO+CESAREA ANTERIOR+OBESIDAD+GANANCIA DE PESO INADECUADA EN EL EMBARAZO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE NULIPARA DE 31 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P0 A0 C2 HV2, APP: MIGRAÑA //APF:PADRE:IAM CARDIOMEGALIA+DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDIS MO MADRE// GESTANTE DE 31.4 SG SEGÚN ECO DEL 05/06/2024 CON 7.5SG. AL EXAMEN FISICO: UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: CEF, AFU: 31CM, FCF: 140LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD/ SCORE MAMA: 0 RO: 7 PUNTOS = MUY ALTO 0982742363

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-19	09:58	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-11-19	09:58	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	