

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARTINEZ	BONE	LETY JOSEFINA	19	03	1986	38 años, 11 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312660259	MANABI	CHONE	CANUTO	GUARUMAL y	099-407-4431 /
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	1312660259	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		2025	03	11
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 SAN VICENTE, RESIDENTE GUARUMAR CANUTO, TEF: 0994074431,. CONTACTO DE REFERENCIA: PEDRO RODRIGUEZ ESPOSO TELF: 0994074448 OCUPACIÓN AMA DE CASA . ADEMÁS TRAE ECOGRAFIA DEL 23/12/2024 , DONDE CERTIFICA EMBARAZO DE 8 SEMANAS AL MOMENTO CURSA 19,1 SEMANAS POR ECO . CURSA 18,4 SG SEGÚN FUM: 01/11/2024 CON FPP : 08/08/2025. APP: NO REFIERE. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: CESAREA . APF: ABUELA MATERNA CÁNCER DE ÚTERO . ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS: G:3. P:1. C:1. A:1 (FECHA DE NACIMIENTO DE ULTIMO HIJO: 26/06/2022) ANTECEDENTES DE HIJO ANTERIOR CON SINDROME DE DOWN Y LABIO LEPORINO PALADAR ENDIDO , VENTRICULO CON DERECHO CON DOBLE DUCTO DE SALIDA MENARQUIA: 13 AÑOS , INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 18 AÑOS , NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 2, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION IRREGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO USABA. EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE MENCIONE QUE SANGRO EL 26/02/2025 DESDE LA MADRUGADA , SE REALIZO ECOGRAFIA DONDE DETECTO PLACENTA DE INSERCIÓN ANTERIOR FUNDAL GRADO 0 , QUEDO INGRESADA AL HOSPITAL DE CALCETA DONDE QUEDO INTERNADA UN DIA , AL MOMENTO NO PRESENTA SANGRADO , NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: NA, POSICION: NA. FCF: NA. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO 5 PUNTOS= PUNTOS (ABORTO - GESTANTE MAYOR DE 35 AÑOS- HIJO DE BAJO PESO AL NACER) . TA 82/50. SCORE MAMA 4 SE TOMA PRESEION EN CONSULTORIO 85/60 SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: ADECUADA TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS: NA , TRAE ECOGRAFIA DONDE REPORTA FETO PRESENTE CON EMBARAZO DE 17. 3 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA , FETO UNICO ,CINETICO NORMAL ,PRESENTACION CEFALICO , LATIDOS CARDIACOS FETALES 159 LPM , ILA 10 CM , PESO FETAL 189 G , HUESO NASAL AUSENTE / LABIOS NORMALES (SE EXPLICA A PACIENTE QUE FETO PODRIA TENER SINDROME DE DOWN Y QUE DEBEMOS REALIZAR REFERENCIA A GINECOLOGIA , SE INDICA EXAMENES DE LABORATORIO DE SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO , SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO.METRONIDAZOL 500 MG CADA 8 HORAS , IC ODONTOLÓGICA. SE CITA A CONTROL SE REALIZA REFERENCIA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 17. 3 SEMANAS DE GESTACION POR ECOGRAFIA , FETO UNICO ,CINETICO NORMAL ,PRESENTACION CEFALICO , LATIDOS CARDIACOS FETALES 159 LPM , ILA 10 CM , PESO FETAL 189 G , *HUESO NASAL AUSENTE* / LABIOS NORMALES (POSIBLE SINDROME DE DOWN)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	08:28	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	

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
2025-03-11	08:28	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	