

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REYES	RAMOS	YOMAIRA ELINA	26	11	1987	36 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312763996	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NARANJOS 1 y	098-675-2298 /
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	1312763996	SANTA MARTHA	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	09	06	
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 MULTIGESTA NULIPARA ACUDE AL CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE SEMANAS DE GESTACIÓN 34.6 POR FUM 07-01-2024 FUM CONFIABLE, ANTECEDENTES PERSONALES NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECÓLOGOS G2.A0.P0.C2, AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA, NO SIGNOS DE PELIGRO GENERAL, RIESGO OBSTETRICO ALTO 5 PUNTOS (GESTANTE MAYOR DE 35 AÑOS HASTA 39 AÑOS, PERIODO INTERGENESICO MAYOR 5 AÑOS, ANTECEDENTES PREECLAMPSIA) GANANCIA INADECUADA DE PESO, SCORE MAMA 0,NO SANGRADO TRANSVAGINAL, TIRILLA REACTIVA EN ORINA NEGATIVA, FCF 141 LPM, AL MOMENTO SE OBSERVA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ORIENTADA, VOMITOS ESCASOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: Serie blanca -GLOBULOS BLANCOS * 11.13 x10³ células / uL [3.5 - 9.5] -LINFOCITOS % 21.95 % [20 - 50] - MONOCITOS % 9.33 % [3 - 10] -NEUTROFILOS % 67.26 % [40 - 75] -EOSINOFILOS % 1.17 % [0.4 - 8] -BASOFILOS % 0.29 % [0 - 1] - LINFOCITOS # 2.44 x10³ células / uL [1.1 - 3.2] -MONOCITOS # * 1.04 x10³ células / uL [0.1 - 0.6] -NEUTROFILOS # * 7.49 x10³ células / uL [1.8 - 6.3] -EOSINOFILOS # 0.13 x10³ células / uL [0.02 - 0.52] -BASOFILOS # 0.03 x10³ células / uL [0 - 0.06] Serie roja -RECuento DE GLOBULOS ROJOS 3.80 x10⁶ células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA 12.07 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO * 34.50 % [35 - 56] -VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO 90.90 fL [82 - 100] -HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA 31.80 pg [27 - 34] - CONCENTRACION DE HGB CORPUSCULAR MEDIA - MCHC 35.00 g / dL [31.6 - 35.4] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWC * 16.10 % [11 - 16] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWS * 48.30 fL [35 - 45] Serie plaquetaria -PLAQUETAS 311 x10³ células / uL [150 - 450] -VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) 7.44 x10³ células / uL [6.5 - 12] QUIMICA: GLUCOSA 79.60 mg / dL [75 - 115] UREA 12.20 mg / dL [10 - 50] CREATININA 0.64 mg / dL [0.5 - 1.1] ACIDO URICO 3.78 mg / dL [2.4 - 5.7] UROANALISIS: ANÁLISIS FÍSICO -COLOR Amarillo -TURBIDEZ Turbio -PH 7 ANÁLISIS QUÍMICO -DESINIDAD 1010 -LEUCOCITOS ++ -SANGRE Negativo - NITRITOS Negativo -GLUCOSA EN ORINA Negativo -CETONAS Negativo -PROTEINAS Negativo -BILIRRUBINA Negativo -UROBILINOGENO Normal ANÁLISIS MICROSCÓPICO -HEMATIES EN ORINA 3 - 5 -LEUCOCITOS EN ORINA 4 - 9 -CELULAS EPITELIALES 3 - 5 -BACTERIAS ++ -PIOCITOS 14 - 18 -LEVADURAS EN ORINA + -FILAMENTO MUCOSO + ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO, CEFALICO, MOV. ACTIVOS, PLACENTA HOMOGenea MADURACION GRADO I, ILA NORMAL, PESO 1716 gr, FCF 149 LPM, EMNARAZO DE 31.2 SEMANAS, FPP 31/10/2024

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-06	10:38	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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