

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	MEZA	MARIA AUXILIADORA	06	04	1993	31 años, 10 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312806225	MANABI	CHONE	SANTA RITA	REYMUNDO AVEIGA y	096-270-1103 / (99)-999-9999
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	1312806225	SANTA RITA	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	02	13
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 31 AÑOS DE EDAD, MULTIGESTA ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL PRENATAL CURSANDO 30.4 SG POR ECOGRAFIA REALIZADA EL 25/09/2024 DONDE REPORTABA EMBARAZO DE 10.2 SEMANAS DE GESTACION. FUM: 05/07/2024 ELLA INDICA QUE ESTA FUM NO ES CONFIABLE. TRAE A CONSULTA REPORTE DE ECOGRAFIA REALIZADA EN CENTRO DE SALUD CHONE EL DIA 11/02/025: EMBARAZO DE 29 SEMANAS DE 3 DIAS POR ECOGRAFIA, FETO UNICO VIVO POSICION CEFALICA, PLACENTA POSTERIOR GRADO I HOMOGenea, SEXO MASCULINO, PESO 1331 GRAMOS, FCF 146 LPM, NO SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON, FPP: 13 DE ABRIL 2025, MOVIMIENTOS FETALES VISIBLES. REFEIRE HABER ASISTIDO POR EMERGENCIA EN EL MES DE DICIEMBRE AL CENTRO DE SALUD CHONE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO DONDE SE LE REALIZA MONITOREO SE EVIDENCIA TAQUICARDIA FETAL SE QUEDA EN OBSERVACION NORMALIZANDOSE LOS VALORES. AL INTERROGATORIO REFIERE CEFALEA LEVE, FATIGA, DOLOR EN HIPOGASTRIO, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, NO EDEMA, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, NO RASH, AL MOMENTO NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, REFIERE CONTRACCIONES LEVES 2 EN 10 MINUTOS APROXIMADAMENTE. APP: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: HERNIA UMBILICAL HACE 20 AÑOS. ALERGIAS: ALERGIA HUARICHE. HáBITOS: NO. VIOLENCIA: NO REFIERE GRUPO SANGUÍNEO: A+. VACUNAS: NO RECUERDA. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 16 AÑOS EDAD DE MENARQUIA: 12 AÑOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G3 P2 C0 A1. ABORTO HACE 14 AÑOS MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: SOLUNA EMBARAZO PLANIFICADO: NO SCORE MAMA: 4 PACIENTE CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SE BRINDA ASESORÍA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA. LACTANCIA MATERNA. AL EXAMEN FÍSICO SE PRESENTA ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACTIVA REACTIVA, PIEL Y MUCOSAS LEVE PALIDEZ Y NORMOHIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, CARDIORESPIRATORIO SUFICIENTE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, DIURESIS Y EMUNTORIOS NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN PATOLOGÍA APARENTE. SCORE MAMA: 4 FCF: 148, AFU: 30 CM, POSICION CEFALICO DORSO LONGITUDINAL IZQUIERDROID: EMBARAZO DE 30.4 OBTENIDO POR ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE. CONTROL EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO. ACUDIRIA AL PARTO CON SU ESPOSO JHON MUÑOZ TLF:098674692. SE REALIZA REFERENCIA A II NIVEL DE ATENCION PARA VALORACION POR GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MBARAZO DE 29 SEMANAS DE 3 DIAS POR ECOGRAFIA, FETO UNICO VIVO POSICION CEFALICA, PLACENTA POSTERIOR GRADO I HOMOGenea, SEXO MASCULINO, PESO 1331 GRAMOS, FCF 146 LPM, NO SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON, FPP: 13 DE ABRIL 2025, MOVIMIENTOS FETALES VISIBLES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	14:06	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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 clínico

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
2025-02-13	14:06	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	