

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	SALMERON	BRIGITTE YULIETH	18	06	1995	29 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312901778	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	096-780-6233 /
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	1312901778	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		2024	10	21
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 23 AÑOS CON 27.6 SG -SEGUN FUM 11-04-2024 / FPP(SEGUN FUM):16-01-2025 // AP: NO REFIERE, APQX: CESAREA ANTERIOR (HACE 11 A POR ELECCION PROPIA) ,APF: NO REFIERE , AGO: G1 P0 AO C1, MENARQUIA:12 A, METODO DE PLANIFICACION: NO . EMBARAZO PLANEADO: NO. AL MOMENTO ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR CONTROL PRENATAL SUBSIGUIENTE. PACIENTE (27.6 SG) AL INTERROGATORIO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA PATOOGICA ALGUNA, NO HA PRESENTADO SANGRADOS, PERDIDA DE LIQUIDO O DOLOR //TRAJE ECO PARTICULAR (20/09/24) LA CUAL REPORTA EMBARAZO DE 23.3 SG (HOY 27.6 SG ACORDE CON FUM), PRESENTACION PODALICO, ILA NORMAL, / TRAE LABS PARTICULARES (17-10) SUBIDOS EN PESTAÑA, DESTACA HG 10.2*, TSH: 2.08, T4L: 0.74*, T3L:1.09*/ AL EXAMEN FISICO AFEBRIL, BUEN ESTADO GENERAL NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN GRAVIDO NO DOLOROSO, EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELLAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES,EX GENITAL: NO SANGRADO, NO HIDRORREA, NO SECRECIONES/AU: 26, FCF: 134, MOV PRESENTES, TIRA REACTIVA: NO HAY STOCK/ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL (IMC: 24.96) + GANANCIA ADECUADA // SCORE MAMA 0, RIESGO OBSTETRICO:BAJO 1 PT (PERIODO INTERG MAYOR A 5A)/ PLAN: MEDIDAS GENERALES E HIGIENICO DIETETICAS / SIGNOS DE ALARMA / CONSEJERÍA NUTRICIONAL/ DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO, BAJA EN GRASAS/ PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE / CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA/ SE REALIZA TAMIZAJE VIH Y SIFILIS YA REALIZADO: NEGATIVO/ CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR/ TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO /VACUNA DT: TIENE 1 DOSIS/ TOXOPLASMA IGG Y CITOMEG IGG: NEGATIVO/ USO DE PRESERVATIVO / ACTIVIDAD FÍSICA 30 MIN DIARIOS BAJA INTENSIDAD//C ODONTOLOGÍA//SULFATO FERROAO 100 MG QD/ CARBONATO DE CALCIO QD (NO HAY STOCK)/SE REALIZA REFERENCIA A GIN-OBS/ SE LLENA 051/ CONTROL MENSUAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE GESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESARIA ANTERIOR Y PERIODO INTERGNESICO DE 11 AÑOS.

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
2024-10-21	15:00	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-10-21	15:00	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	