

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BARRE            | ZAMBRANO         | FERNANDA FABIOLA | 13                  | 02  | 1992 | 32 años, 8 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312903923        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | AVENIDA ELOY ALFARO y        | 098-772-8658 /       |
| 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                 | 1312903923      | 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  | 10  | 29  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE GESTANTE DE 32 AÑOS, ACUDE A SEXTO CONTROL PRENATAL, TIPO DE SANGRE: O RH POSITIVO, SEGURO: NO, NUMERO CELULAR: 0987728658 CONTACTO: 0982763951 HERMANA. APP: NO REFIERE, APQ: APENDICECTOMIA, CESAREA HACE 14 AÑOS, APF: PADRE HIPERTENSO. ALERGIAS: NO REFIERE, AGO: G2, P0, C1, A1, FUM: INCIERTA Y POR PRIMER ECOGRAFIA 36.0 SG. MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO REFIERE, BUEN ESTADO GENERAL. SE REALIZA LA ANAMNESIS Y NO REFIERE SECRECIONES, NO DISURIA NI DOLOR AL ORINAR. NO ALZA TERMICA NI SANGRADOS VAGINALES ACTUALMENTE. PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO CONJUNTIVITIS, NAUSEAS NO Y VOMITOS NO, CON BUENA TOLERANCIA DE VIA ORAL. SIGUE REFIRIENDO DOLOR EN ABDOMEN BAJO, CEFALEA Y DOLOR DE CADERA. NOS INDICA QUE ACUDIO A HOSPITAL HACE UN MES POR SANGRADOS VAGINALES Y DOLOR EN REGION PELVICA, EN LA REVISION LE INDICARON QUE ERA POR INFECCIONES VAGINALES LAS CUALES FUERON TRATADAS, AL MOMENTO YA NO SANGRA. NO SE REALIZA PROTEINURIA PORQUE NO SE CUENTA CON TIRILLAS REACTIVAS. SCORE MAMA 0, RIESGO OBSTETRICO ALTO 5 PUNTOS (ABORTO HACE 7 AÑOS, OBESIDAD, PERIODO INTERGENESICO >5 AÑOS). AU 36, FCF 156LPM.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: -GLOBULOS BLANCOS \* 9.66 x10<sup>3</sup> células / uL [3.5 - 9.5] -LINFOCITOS % \* 15.68 % [20 - 50] -MONOCITOS % 7.59 % [3 - 10] -NEUTROFILOS % \* 75.35 % [40 - 75] -EOSINOFILOS % 1.13 % [0.4 - 8] -BASOFILOS % 0.26 % [0 - 1] -LINFOCITOS # 1.51 x10<sup>3</sup> células / uL [1.1 - 3.2] -MONOCITOS # \* 0.73 x10<sup>3</sup> células / uL [0.1 - 0.6] -NEUTROFILOS # \* 7.28 x10<sup>3</sup> células / uL [1.8 - 6.3] -EOSINOFILOS # 0.11 x10<sup>3</sup> células / uL [0.02 - 0.52] -BASOFILOS # 0.03 x10<sup>3</sup> células / uL [0 - 0.06] Serie roja -RECuento DE GLOBULOS ROJOS 4.24 x10<sup>6</sup> células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA \* 11.24 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO \* 33.10 % [35 - 56] -VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO \* 78.00 fL [82 - 100] -HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA \* 26.50 pg [27 - 34] -CONCENTRACION DE HGB CORPUSCULAR MEDIA - MCHC 34.00 g / dL [31.6 - 35.4] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWC 15.40 % [11 - 16] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWS 41.60 fL [35 - 45] Serie plaquetaria -PLAQUETAS 252 x10<sup>3</sup> células / uL [150 - 450] -VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) 10.02 x10<sup>3</sup> células / uL [6.5 - 12] ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO, POSICION CEFALIOC, EMBARAZO 33.1SG, PLACENTA ANTERIOR GRADO II HOMOGENEA NORMAL, ILA CANTIDAD NORMAL, FCF 145LPM, PESO 1023GR, FPP 25 DE NOVIEMBRE

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-29 | 08:32 | Medicina Rural | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |

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 |
|       |      |              |                        |        |       |