

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	BETTY ELIZABETH	07	04	1987	38 años, 8 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313017624	MANABI	CHONE	CONVENTO	JORDAN y	096-791-0791 /
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	1313017624	CONVENTO	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	12	29
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 FUM: 28/07/2025 AGO: G2 P2 C0 A0 FUP: 04/04/2009, APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, AQX: APENDICECTOMIA + CIRUGIA POR TUMOR EN CERVICAL, ALERGIA: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO PERIODO INTERGENESICO LARGO (1) GESTANTE DE 38 AÑOS (1) PATOLOGIA CERVICAL (3) RIESGO OBSTETRICO ALTO PUNTAJE TOTAL= 5. HOY CURSA EMBARAZO DE 22.5 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO REALIZADA EL 05/11/2025 CON REPORTE DE 15SG FPP 29/04/2026. ACUDE A CONSULTA EN ESTA UNIDAD DE SALUD PARA TERCER CONTROL PRENATAL, REFIERE SECRECION VAGINAL. AL MOMENTO AFEBRIL, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA ES SUS ESFERAS. TIENE DIAGNOSTICO DE DISPLASIA SEVERA IDENTIFICADA HACE UN AÑO ATRÁS, HA ESTADO EN SEGUIMIENTO EN SOLCA E INDICAN QUE NO SEGUIRAN TRATAMIENTO HASTA FINALIZAR EMBARAZO, SE NECESITA REVISION POR GINECOLOGIA EN HOSPITAL DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO. ABDOMEN GLOBULOSO COMPATIBLE CON EMB DE +- 22.5SG, AU 22CM, PRESENTACION CEFALICO DORSO DERECHO FCF 134LPM, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS. NO SE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO PORQUE PACIENTE NO DESEA. EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMAS. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA 3. MEDIDAS HIGIÉNICAS 4. CONSEJERÍA NUTRICIONAL: 5 COMIDAS DIARIAS DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO, FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN SAL, GRASAS Y AZUCAR 6. ACTIVIDAD FÍSICA CAMINATA 30 MINUTOS CADA DIA (DE ACUERDO A LA CONDICION) 7. CONSEJERÍA EN EDUCACIÓN PRENATAL 8. PSICOPROFILAXIS DE PARTO 9. LLENADO DE TARJETA DE SEGUIMIENTO DE EMBARAZADA 10. PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE 11. CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 180 DÍAS, BENEFICIOS E IMPORTANCIA A LIBRE DEMANDA 12. NO LECHE DE FORMULA, NO CHUPONES, NO BIBERONES, NO AGUAS AZUCARADAS 13. CONSEJERÍA EN PARTO EN LIBRE POSICIÓN: ACOMPAÑADA DE UN FAMILIAR, ELECCIÓN DE POSICIÓN PARA EL PARTO, VESTIMENTA A ELECCIÓN, DISPOSICIÓN DE PLACENTA, CONSUMO DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS DURANTE EL PARTO, PRÁCTICAS INTEGRADAS AL PARTO 14. SEGUIR ESQUEMA DE VACUNAS. SE ENVIA REFERENCIA AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA POR CONSULTA EXTERNA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. SE PRESCRIBE HIERRO 60MG + AC. FÓLICO 400MCG TOMAR 1 TAB CADA 24 HORAS. ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG TOMAR 1 TAB CADA 24HORAS. SE PRESCRIBE TAMBIEN CARBONATO DE CALCIO 500MG TOMAR 1 TAB CADA 24HORAS, ACROMONAS OVULOS APLICARSE 1 CADA NOCHE POR 7 DIAS. SE DA PROXIMA CITA PARA EL 29/01/2026 CON MEDICO FAMILIAR. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NO HAY PARAMETROS. PACIENTE SALE ESTABLE DE CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GESTANTE DE 22.5SG CON DIAGNOSTICO DE HACE UN AÑO DE TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX	C531	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-29	10:32	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	

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
2025-12-29	10:32	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	