

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MUÑOZ	HERMINIA CLARIBEL	08	06	1988	36 años, 7 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313297457	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO CEVALLOS y	098-734-5837 /
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	1313297457	NAUSE	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	01	28
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 FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD, SECUNDIGESTA. G1 A0 P1 EN 2019ULTIMO EMBARAZO HACE 5 AÑOS SIN COMPLICACIONES. QUE ACUDE A CONTROL PRENATAL FUM 10/07/2024 FPP: 16/04/2025. ACUDE A CONTROL CON 28.6 POR FUM / POR ECO A LA 26.3 SG. FPP: 19/04/2025 CURSA CON EMBARAZO DE 28. 3 SG. PACIENTE NO REFIERE SIGNOS DE ALARMA, NO NAUSEAS, VOMITOS NI DIARREA. NO ALERGIA MEDICAMENTOSA, NO ALERGIA ALIMENTARIA. APQ: NO REFIERE. APF: MADRE Y ABUELA MATERNA HIPERTENSA. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, CUELLO NO ADENOPATIAS, TORAX SIMETICO NO RUIDOS PATOLOGICOS AÑADIDOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE ALTURA UTERINA: 28CM EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMA. NO REFIERE SANGRADO VAGINAL. OBESIDAD TIPO II. LA CONSULTA DEL DIA DE HOY 28/01/2025 TRAE LAB DEL PRIMER TRIMESTRE REALIZADOS EL 27/11/2024: HB: 12.10/ HCT: 36.20/ LINF: 23.90/ LEUCOS: 10.56/ NEUTROFILOS: 7.16.PLT: 211/ EMO: PH. 7, NO PATOLOGICO, EN PRIMERA ECOGRAFIA REALIZADA 30/09/2024 CON 11SG REPORTA: FETO UNICO, FCF: 146BPM. FPP: 16/04/2025 REALIZADA EN CHONE TIPO C TRAE ECOGRAFIA MORFOLOGICA REALIZADA EL 14/ 01/2025 CON 26.3SG CON REPORTE. FETO UNICO VIVO/ ILA CANTIDAD ADECUADA. MOVIMIENTOS ACTIVOS VISIBLES. PLACENTA HOMOGENEA GRADO I. INSERCIÓN BAJA. FCF: 137LPM/ PESO: 862 GRAMOS/ FPP: 19/04/2025.REALIZADA EN CHONE TIPO C PROTEINAS: NEGATIVOS TIRILLA REACTIVA. FACTORES MODIFICABLES : PESO,CAMBIOS EN LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL. FACTORES NO MODIFICABLES : EMBARAZO NO PROGRAMADO -BAJA ESCOLARIDAD-FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION (APROXIMADA), VIVIENDA Y CONDICIONES SANITARIAS DEFICIENTES. LLENADO DE LIBRETA INTEGRAL DE SALUD. SE DA ASESORIA DE ALIMENTACION SALUDABLE. DIETA RICA EN FRUTA Y VERDURA, LECHE, HUEVO, CARNE, POLLO, PESCADO, FRACCIONADA EN 5 COMIDAS, EVITAR EXCESO DE SAL, FRITOS Y CARBOHIDRATOS, ACTIVIDAD FISICA NO EXTENUANTE, HIGIENE PERSONAL, SALUD BUCAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO PELVICO - VACUNACIÓN SEGÚN ESQUEMA SE SOLICITA - CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR - EDUCACIÓN PRENATAL - GIMNASIA OBSTÉTRICA - LAVADOS DE MANOS - VECTORES - ASESORÍA ITS Y VIH - SE REALIZA TAMIZAJE DE VIH (NO REACTIVO) . CONSEJERIA VIOLENCIA DE GÉNEROTAMIZAJE VIOLENCIA DE GENERO NEGATIVO. SE RECALCAN SIGNOS DE ALARMA, PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE, CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, CONSEJERIA ZIKA Y DENGUE,SE INDICA CONTINUAR CON HIERRO 60MG + AC. FOLICO QD / CALCIO TOMAR 1 TAB C/8H.SE ENVIA REFERENCIA A NUTRICION, ODONTOLOGIA FUE ATENDIDA EN LA UNIDAD. PENDIENTE A PROXIMO CONTROL PRENATAL / REVISION DE EXAMENES DEL SEGUNDO TRIMESTRE ENVIADOS EL DIA DE HOY/ BH. GLUCOSA. EMO/ CULTIVO/ HEPATITISB COOMBS INDIRECTO ADEMAS DE ECOGRAFIA DE LA 32-38 SG. (SE DEJA ABIERTA A DISPOSICION REVISION DE MISMOS).SE INDICA PRÓXIMO CONTROL/ REF. GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PLACENTA HOMOGENEA GRADO I. INSERCIÓN BAJA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA PLACENTA, NO ESPECIFICADO	O439	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	09:42	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-01-28	09:42	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	