

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	MENDOZA	ERIKA BELEN	19	05	1991	33 años, 9 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313325092	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SEGUA y	099-108-9524 /
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	1313325092	SAN ANTONIO	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	03	10
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☐

EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO, O RH NEGATIVO, HIPERTENSION GESTACIONAL. ASMA, VARIOS ABORTOS

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE 33 DE AÑOS DE EDAD AGO: G4 P0 A2 (ANEMBRIONADAS Y GEMELARES) C0 HV0 HM1 ((fallecido a los 22 días por enanismo tanatafórico) , PRIMERA RELACION SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 16 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: S1, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: ACTUALMENTE CON HIPERTENSION medicada con hierro más ácido fólico y calcio, ácido acetilsalicílico y alfametildopaV250 mg cada 8h, O negativo, solo después del primer embarazo se aplicó gammaglobulina//APQX: CESAREA 1 // APF: HTA mamá y papá, hnos no, DM2 mamá, Hnas preeclampsia // GESTANTE DE 30.6 SG SEGÚN FUM 6/8/24 Y SEGÚN ECO 28.3 SG DEL DÍA 14/02/25 CON 28 ACUDE A SU CONTROL PRENATAL EXAMENES DE LABORATORIO DEL QUE REPORTAN: HB: 11.6, HCTO: 32.9, GLUCOSA: 88 TIEMPO DE COAGULACION 11, TP: 13.4 INR 1.07 TTP: 23 UREA 15.6 CREA: 0.51 NITROGENO: 7.29 ACIDO URICO: 4.29, TSH: 1.6 FT4 10.39 Y EMO: NO PATOLOGICO. ECOGRAFIA REALIZADA EL 14/2/2025 INDICA: EMBRAZO DE 28 FETO UNICO PRESENTACION CEFALICO LATIDO CARDIACOS FETALES PLACENTA DE INSERCIÓN POSTERIOR GRADO 1 DE MADURACION ILA 15 CM PESO FETAL 1202 GR HUESO NASAL NORMAL LABIOS Y NARIZ NORMALES TRACTOS DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDIACOS NORMALES VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, SECRECIONES VAGINALES COLOR BLANQUECINO EN ESCASA CANTIDAD NO PRURITO // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SE ESCUCHA LA PRESENCIA DE SIBILANCIAS DE PREDOMINIO DE LADO IZQUIERDO EN TODO EL PULMON DEL MISMO LADO. (HA PERDIDO 2 TURNOS AGENDADOS PARA NEUMOLOGÍA) PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: CEFALICO, AFU: 31, FCF: 140. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 0 RO:9 PUNTOS= MUY ALTO (OBESIDAD, HERMANAS CON PREECLMPASIA, 2 ABORTOS, HIJO CON MALFORMACIONES, RH NEGATIVA SENSIBILIZADA) CITA AGENDADA CARDIOLOGIA 18 DE MARZO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO]	O13X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	12:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-03-10	12:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	