

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MERA             | ALCIVAR          | DAYANA KRISTHEL | 14                  | 07  | 2002 | 22 años, 4 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        | 1313522110        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | SANTA FE 2000 y              | 098-813-9030 /       |
| 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                 | 1313522110                               | 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 | 11  | 30  |
| 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 TRIGESTA DE 22 AÑOS DE EDAD CON 26.6 SG (SEGUN FUM), FUM: 23-05-2024, FPP(SEGUN FUM):27-02-2024/ AP:NO REFIERE, APQX:NO REFIERE, APF: NO REFEIRE, AGO: G2 P1 A1 C0 (ABORTO FUE EN FEB-2023 Y PARTO 12-2021) ,MENARQUIA:12 A ,MENSTRUACIONES: IRREGULARES. METODO DE PLANIFICACION:NO. PACIENTE RAE BIOMETRIA DE 25-11-2024 LA CUAL DESTACA HG 9.4 .ATENCION DEL 26-11-2024. EMBARAZO DE ALTO RIESGO SEGUN ESCALA DE MSP: ANEMIA + IMC + ABORTO. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| QUIMICA: GLUCOSA: 68 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB: 14.74 NEUTROFILO 74.2 LINF 21.1 HG: 9.4** VCM: 69* PLAQUETAS 360 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO | O990   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-11-30 | 18:20 | 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 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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-11-30 | 18:20 | Medicina Rural | PAOLA CECILIA ROSERO CHALE | 922204664 |       |