

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CASTRO           | OSTAIZA          | MARIA LASTENIA | 25                  | 03  | 1996 | 28 años, 6 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        | 1313700435        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SAN PABLO y                  | 096-787-7112 /       |
| 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                 | 1313700435      | 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 |  | 2024  | 10  | 14  |
| 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 checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | EMBARAZO GEMELAR               |                                     |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE NULIPARA DE 28 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 H0 H0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 22 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, CITOLOGIAS: 1, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: REGULARES, DISMINORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: COLECISTECTOMIA HACE 11 MESES // APF: MADRE FALLECIDA DM II, CA CERVICOUTERINO, PADRE DMII, ABUELA MATERNA DM II // GESTANTE DE 28 SG SEGÚN FUM DEL 01/04/2024 Y PRIMERA ECOGRAFIA. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL MENSUAL // ACUDE A CONSULTA CON ECOGRAFIA 09/10/2024 EMABRAZO GEMELAR MONOCRORIAL BIAMNIOTICO DE 25.1 SEMANAS POR FUM, PLACENTA ANTERIOR GRADO II HOMGENEA LIQUIDO AMNIOTICO CANTIDAD NORMAL MOVIMIENTOS FETALES AMBOS NORMALES FCF NORMAL, FPP: 6/01/25 EXAMENES DE LABORATORIO 27/9/24 -GLOBULOS BLANCOS \* 10.13 x10^3 células / uL [3.5 - 9.5] -LINFOCITOS % 25.23 % [20 - 50] -MONOCITOS % 7.91 % [3 - 10] -NEUTROFILOS % 65.56 % [40 - 75] -EOSINOFILOS % 1.01 % [0.4 - 8] -BASOFILOS % 0.30 % [0 - 1] -RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS \* 3.73 x10^6 células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA \* 11.29 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO \* 32.00 % [35 - 56] -PLAQUETAS 371 x10^3 células / uL [150 - 450] GLUCOSA 80.30 mg / dL [75 - 115] VDRL No Reactivo // 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, NO SECRECIONES NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: INDETERMINADA, AFU: 26CM, FCF: 149/150. 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: 4 PUNTOS= ALTO(SOBREPESO, EMBARAZO GEMELAR.) SOLICITA SALPINGECTOMIA BILATERAL POR MATERNIDAD SATISFECHA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE A CONSULTA CON ECOGRAFIA 03/10/2024 EMABRAZO GEMELAR MONOCRORIAL BIAMNIOTICO DE 25.1 SEMANAS POR FUM, PLACENTA ANTERIOR GRADO II HOMGENEA LIQUIDO AMNIOTICO CANTIDAD NORMAL MOVIMIENTOS FETALES AMBOS NORMALES FCF NORMAL,

5. Diagnóstico

| Diagnóstico    | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------|--------|-----|-----|
| EMBARAZO DOBLE | O300   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-10-14 | 09:02 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2024-10-14 | 09:02 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |