

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SANTANA          | PARRAGA          | MARIUXI FERNANDA | 31                  | 12  | 1997 | 26 años, 9 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        | 1313706051        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | VIA SAN ISIDRO y             | 098-933-3032 /      |
| 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                 | 1313706051      | CUCUY                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                           | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2024  | 10  | 23  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD TRIGESTA, APP ALERGIAS NO REFIERE.APPF. MADRE DIABETICA . APQ NO REFIERE AGO G2 P1 A0 C1 CON PERIODO INTERGENESICO: 9 MESES FUM 20/04/2024 CON 26.4 POR FUM . ACUDE AL CENTRO DE SALUD PARA CAPTACION TARDIA DE EMBARAZO, PACIENTE SE ENCONTRABA UTILIZANDO MÉTODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE (SOLUNA) DURANTE 6 MESES POR LO QUE AL NO PRESENTAR PODROMOS DE EMBARAZO PENSABA NO ESTAR EMBARAZADA. PACIENTE REFIERE PRESENCIA DE DISURIA DE 4 DIAS DE EVOLUCION, NO REFIERE PRESENCIA DE SECRECIONES, NO SANGRADOS, PACIENTE SOLAMENTE REFIERE LEVE DOLOR DE CADERAS, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA. SE REALIZAN TAMIZAJES DE VIH, SIFILIS Y CHGAS TODOS CON RESULTADOS NO REACTIVOS. SE REALIZA TOMA DE MUESTRA DE GOTA GRUESA. SE AGENDAN EXAMENESDE LABORATORIO Y ECOGRAFIA. RIESGO OBSTETRICO ALTO DE 6 PUNTOS POR PERIODO INTERGENESICO CORTO DE 9 MESES, NINGUN CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN, CICATRIZ UTERINA PREVIA POR SECAREA ANTERIOR MAYOR DE 32 SEMANAS DE GESTACION- |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                     |
|-------------------------------------|
| BHCG CUALITATIVA RESULTADO POSITIVO |
|-------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO | Z358   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-23 | 16:31 | Medicina Rural | DAISON ISMAEL BARREIRO ZAMBRANO | 1313793778 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-23 | 16:31 | Medicina Rural | DAISON ISMAEL BARREIRO ZAMBRANO | 1313793778 |       |

