

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	MERA	CARMEN DANIELA	06	11	1997	27 años, 0 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313736090	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CARLOS ALBERTO ARAY y RAYMUNDO AVEIGA	096-856-5187 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313736090	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	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD, MESTIZA, SEGUNGESTA, QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR SU TERCER CONTROL PRENATAL LA CUAL CURSA CON EMBARAZO DE 25.4 SEG POR FUM: 3/06/24 FPP: 10/03/24 NO CONFIABLE. SEGUN ECOGRAFIA 23.4 SEG SEGUN ECO REALIZADO EL 16-10-24 QUE REPORTO 17.2. (ECO DESCRITO EN APARTADO) AL EXAMEN FISICO NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, NO EDEMA, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA Y CONCIENTE EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACTIVA REACTIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PIEL Y MUCOSAS NORMOCOLOREADAS Y NORMOHIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS, CARDIORESPIRATORIO SUFICIENTE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, ALTURA UTERINA COMPATIBLE CON EDAD GESTACIONAL 23 SEG, DIURESIS Y EMUNTORIOS NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN PATOLOGIA APARENTE. NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, NO REFIERE CONTRACCIONES NI DOLOR, NO SANGRADO O HIDRORREA CON CERVIX CERRADO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: PADRE HIPERTENSO Y DIABETICO ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CESAREA ANTERIOR HACE 16 MESES APROXIMADAMENTE ALERGIAS: NO REFIERE HABITOS: DROGAS, ALCOHOL, TABACO, CAFÉ: NO REFIERE VIOLENCIA: NO REFIERE GRUPO SANGUÍNEO: O+ VACUNAS: COMPLETA VIGENTE ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: OVARIO POLIQUÍSTICO PPREVIO A SU EMBARAZO ANTERIOR. FUM: 3/06/24 FECHA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 17 AÑOS EDAD DE MENARQUIA: 12 AÑOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G 1 P 0 C 1 A 0 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: NO REFIERE PAP: NO REALIZADO EMBARAZO PLANIFICADO: NO SCORE MAMA: 0 ALTURA UTERINA: 23 PRESENTACIÓN: CEFALICA SITUACION: LONGITUDINAL FCF: 150 MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE. ID: EMBARAZO DE OBTENIDO POR FUM NO CONFIABLE CONTROL NORMAL DE EMBARAZO SE LE BRINDA ATENCION OPORTUNA, CAPTACION Y ENTREGA DE 051 POPR NO TENER EN STOCK DE LIBRETA INTEGRAL. SE LE DA CONSEJERÍA SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA, MEDIDAS DE HIGIENE Y ALIMENTACION ADECUADA, ASI COMO APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. NO TRAE LABORATORIO. NO SE REALIZA VIH, S FILIS POR NO TENER EN STOCK.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SEXO MASCULINO PLACENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO 0 SEGUN ESCALA DE GRANNUM LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL CORDON UMBILICAL NORMAL UTERO GRAVIDO FETO UNICO SITUACION LONGITUDINAL PRESENTACION CEFALICA DORSO CAMBIANTE MOVIMIENTOS FETALES NORMALES ESPONTANEOS DE FLEXION Y EXTENSION EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES SIMETRICOS SIN APARENTES MALFORMACIONES RELACION CRANEOFACIAL DENTRO DE LA NORMALIDAD EMBARAZO DE 17.2 VITALIDAD FETAL PRESENTE 3 PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL 4 MARCADORES DEL 2DO TRIMESTRE NEGATIVOS 5 DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-29	11:19	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-11-29	11:19	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	