

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| HEREDIA          | CEDEÑO           | MARIA FERNANDA | 08                  | 07  | 1998 | 26 años, 5 meses, 29 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313736975        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | TABLADA DE SANCHEZ y         | 098-358-5503 /       |
| 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                 | 1313736975      | 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 |  | 2025  | 01  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <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 clínico

PACIENTE NULÍPARA DE 26 AÑOS DE EDAD. AGO: G2 P0 A0 C2 (CUP 4 AÑOS). ACUDE A CUARTO CONTROL PRENATAL, OCUPACIÓN: AMA DE CASA, NIVEL DE INSTRUCCIÓN: BACHILLER, ETNIA: MONTUBIA, RELIGIÓN: CATOLICA, ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE, LUGAR DE NACIMIENTO: CHONE, LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: TABLADA DE SANCHEZ, REFERENCIA DE DOMICILIO: JUNTO AL COLEGIO CARLOS MARIA CASTRO, SEGURO: NO, NUMERO CELULAR: 098-358-5503, TELÉFONO DE CONTACTO: 098-358-6123 (PRIMA - PIERINA CEDEÑO). // PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 17 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGÍAS: 1, MENARQUIA: 11 AÑOS, MENSTRUACIÓN: IRREGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: HORMONAL INYECTABLE. // APP: NO REFIERE. APQX: 2 CESAREAS. APF: PADRE HIPERTENSO. ALERGIAS: NO REFIERE. HABITOS: NIEGA. GRUPO SANGUÍNEO: B +. // GESTANTE DE 27 SG SEGÚN FUM DEL 01/07/2024. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON ESTUDIO DE IMAGENES DEL 16/12/2024 - ECO OBSTETRICO REPORTA: EMBARAZO DE 23.4 SG FPP 10/04/2025. HUESO NASAL PRESENTE. CORAZON 4 CAMARAS. MOVIMIENTOS GETALES ACTIVOS. SEXO FEMENINO. PRESENTACION PODALICO UNICO DORSO DERECHO. // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO. SECRECION VAGINAL ESPESA AMARILLENTA QUE CAUSA PRURITO. NIEGA SINTOMATOLOGIA URINARIA. // AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HÚMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATÍAS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO. ÚTERO GRÁVIDO, PRESENTACIÓN: PODÁLICA, AFU: 28. FCF: 152. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. // ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO + GANANCIA INADECUADA. // SCORE MAMA: 0. // RO: 5 PUNTOS = ALTO (IMC + INF. VAGINALES A REPETICIÓN).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON ESTUDIO DE IMAGENES DEL 16/12/2024 - ECO OBSTETRICO REPORTA: EMBARAZO DE 23.4 SG FPP 10/04/2025. HUESO NASAL PRESENTE. CORAZON 4 CAMARAS . MOVIMIENTOS GETALES ACTIVOS. SEXO FEMENINO. PRESENTACION PODALICO UNICO DORSO DERECHO.

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-06 | 14:13 | Medicina Rural | JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO | 0926030594 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-01-06 | 14:13 | Medicina Rural | JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO | 0926030594 |       |