

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	ALCIVAR	TANYA MARIA	28	04	1995	30 años, 3 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313770941	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y X	096-259-7537 /
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	1313770941	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2025	07	28
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 30 AÑOS DE EDAD RESIDENTE DE CASA GRANDE - CANUTO , REFERENCIA DE 10 MIN ANTES DE LA ESCUELA DE 26 DE SEPTIEMBRE - CANUTO TELF : 0962597537 CONTACTO DE REFERENCIA PAREJA TELF : 0998883745 OCUPACION : AMA DE CASA ,ACUDE A SEPTIMO CONTROL . CURSA 34.6 SG SEMANAS POR FUM (23/11/2024) CON FPP : (20/08/2025) APP : FIBROADENOMA DE MAMA IZQUIERDA HACE 5 AÑOS - HIPERTIROIDISMO ,APF : ABUELO MATERNO CANCER DE COLON , ABUELA MATERNA DIABETES MELLITUS , ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS GESTAS 0 , MENARQUIA 12 AÑOS , INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA 17 AÑOS . PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO USABA , EMBARAZO NO PLANIFICADO. PACIENTE REFIERE DOLOR PELVICO DE LEVE INTENSIDAD, A DEMAS DE DISURIA, PUÑO PERCUSION POSITIVO, TIRA REACTIVA LEUCOS POSITIVO, SE ENVIA TRATAMIENTO PARA IVU. PACIENTE MENCIONA QUE DESDE ANTES DEL EMBARAZO SIENTE PALPITACIONES SIN EMBARGO QUE CON LA GESTACION HAN AUMENTADO DE INTENSIDAD Y DE FRECUENCIA, A DEMAS MENCIONA QUE CUANDO LE DAN LAS PALPITACIONES NO SIENTE MOVIMIENTO DEL FETO. NO MENCIONA SINTOMAS NI RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA, NO SANGRADOS, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA , GLASGOW 15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: 35 CM, POSICION: OBLICUO, DORSO DERECHO . FCF: 145 LPM . EXTREMIDADES NO EDEMAS . PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO_ = 4PUNTOS (_HIPERTIROIDISMO = 2 P , HERMANA CON PREECLAMPSIA :2P) . TA :95/61. SCORE MAMA CERO. GANANCIA DE PESO: ADECUADA. TIRILLA PROTEINURIA: NEGATIVA . VACUNACION DE TETANOS: VIGENTE. SE REVIS ECOGRAFIA DEL 22 DE JULIO EN DONDE REPORTA EMBARAZO CEFALIUCO UNICO DE 32.4 SG. POR NO SE CONCORDANTE LA ECOGRAFIA, SE VUELVE A SOLICITAR UNA NUEVA, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO ACUDIR AL HOSPITAL DE REFERENCIA , SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO POR RIESGO DE PREECLAMPSIA CALCIO 1.500, SE INDICA SUSPENDER EL ASS EN LA SEMANA 36. IC ODONTÓLOGIA. SE CITA A CONTROL.SE EXPLICAN SIGOS DE ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO ACUDIR AL HOSPITAL MAS CERCANO. SE SOLICITA REFERENCIA A CARDIOLOGIA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	20:39	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-07-28	20:39	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	