

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PANAMA	MERO	ANGELICA MARIA	04	03	1993	32 años, 5 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	1313774463	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	098-321-0925 /
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	1313774463	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	08	04
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 SEGUNDIGESTA DE 32 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL PRENATAL CON ESPOSO (CARLOS BRAVO). AGO: G1 P0 A0 C1 (PIG 15/12/2014). APP: NO REFIERE. AQX: CESÁREA (1). APF: MADRE HTA. OCUPACIÓN: AMA DE CASA, NIVEL DE INSTRUCCIÓN: BACHILLER, ETNIA: MESTIZA, RELIGIÓN: NO TIENE, ESTADO CIVIL: SOLTERA, LUGAR DE NACIMIENTO: CHONE, LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: SANTA RITA, REFERENCIA DE DOMICILIO: CALLE 10 DE AGOSTO FRENTE A LA CANCHA, SEGURO: SSC, NUMERO CELULAR: 0983210925, TELÉFONO DE CONTACTO: 0984267984 (PAREJA - CARLOS BRAVO). GESTANTE DE 22.6 SG SEGÚN FUM DEL 25/2/2025 (NO CONFIABLE) Y FPP 02/12/2025. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFÍA DEL 30/7/2025 QUE REPORTA ÚTERO OCUPADO POR FETO ÚNICO VIVO SEXO FEMENINO CABEZA NORMOCEFÁLICO, CORAZÓN CUATRO CÁMARAS, FCF 157 LPM NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDÓN, TEJIDOS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, PLACENTA FÚNDICA POSTERIOR GRADO I DE MADURACIÓN, LÍQUIDO AMNÍOTICO SUFICIENTE PARA LA EDAD GESTACIONAL ILA 12.32 CM, PESO 540 G. TAMBIÉN ACUDE CON GLUCOSA DEL 30/7/2025 BASAL 79.8 Y POSPRANDIAL DE 86.9. 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, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA. 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: CEFÁLICO, AFU: 23, FCF: 152 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. ACTITUD FETAL: NO APLICA. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO. GANANCIA DE PESO: INADECUADA. SCORE MAMA: 0. RO: 5 PUNTOS - ALTO (CICATRIZ UTERINA PREVIA CON EMBARAZO > 32 SEMANAS: 2 PTOS + PERIODO INTERGENESICO > 5 AÑOS: 1 PTO + GLICEMIA BASAL > 92 MG/DL: 2 PTOS)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTA ÚTERO OCUPADO POR FETO ÚNICO VIVO SEXO FEMENINO CABEZA NORMOCEFÁLICO, CORAZÓN CUATRO CÁMARAS, FCF 157 LPM NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDÓN, TEJIDOS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, PLACENTA FÚNDICA POSTERIOR GRADO I DE MADURACIÓN, LÍQUIDO AMNIÓTICO SUFICIENTE PARA LA EDAD GESTACIONAL ILA 12.32 CM, PESO 540 G. TAMBIÉN ACUDE CON GLUCOSA DEL 30/7/2025 BASAL 79.8 Y POS PRANDIAL DE 86.9.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	09:53	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-08-04	09:53	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	