

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	ZAMBRANO	CLARIBEL ESTEFANIA	22	04	1991	33 años, 6 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313779785	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SEGUA y	099-508-2183 /
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	1313779785	SAN ANTONIO	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	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive☐

Saturación capacidad instalada☐

Ausencia temporal del profesional☐

Otros/especifique:☒

Falta de profesional☐

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD CON RIESGO OBSTÉTRICO MUYA ALTO, CON EMBARAZO DE 33.4SG EN PRESENTACIÓN PODÁLICO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE NULIPARA DE 33 AÑOS DE EDAD AGO: G3 P0 A2 C1 HV1 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 19 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVO INYECTABLE MENSUAL// APP: NO REFIERE //APQX: CESAREA POR PREECLAMPSIA (22/12/2012)// APF: ABUELOS PATERNO HTA, ABUELOS MATERNOS DM II. HERMANA HTA Y PREECLAMPSIA // GESTANTE DE 33.4 SG SEGUN FUM 29/03/2024. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE CON ECOGRAFÍA REALIZADA EL 31/10/2024 EN LA CUAL SE REPORTA: FETO ÚNICO VIVO DE 30.6SG PRESENTACIÓN PODÁLICO, PLACENTA INSERCIÓN ANTERIOR GRADO II, ILA 15CM, PESO FETAL 1644GR. SCORE MAMA: 0 RO: 8 PUNTOS= MUY ALTO(ABORTO >2, PERIODO INTERGENESICO >5 AÑOS, PREECLAMPSIA, CESAREA ANTERIOR, INFECCIONES VAGINALES A REPETICION, SOBREPESO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-19	16:31	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-11-19	16:31	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	