

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUÑOZ	PATRICIA FERNANDA	28	04	1992	32 años, 6 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313910729	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY y	098-290-8479 /
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	1313910729	SANTA MARTHA	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	07
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

GESTANTE DE 32 AÑOS TRIGESTA, NULIPARA, ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL SUBSECUENTE DE EMBARAZO DE 30.1 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFIA TEMPRANA (14-05-2024) AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA, NO SIGNOS DE PELIGRO GENERAL, RIESGO OBSTÉTRICO BAJO: 2 PUNTOS POR 2 ABORTOS CONSECUTIVOS, GANANCIA ADECUADA DE PESO, SCORE MAMA 0, ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, BUEN APETITO, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, FCF 140 LPM, AL MOMENTO MENCIONA FLUJO VAGINAL BLANQUECINO SIN MAL OLO, MAS PRURITO VULVAR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO, PLACENTA GRANNUM HOMOGENEA MADURACION GRADO II, ILA 25CM, PESO 1367 gr, FCF 152 LPM, CERVIX CERRADO LONGIUD 32 mm, IDX: EMBARAZO DE 29 SEMANAS, POLIHIDRAMNIOS LEVE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIHIDRAMNIOS	O40X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	12:18	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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/Área	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