

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MACIAS	LEIDY ESTHEFANIA	07	07	1997	28 años, 1 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313986877	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	097-960-2368 /
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	1313986877	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	12
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 SECUNDIGESTA DE 28 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRIMER CONTROL PRENATAL. AGO: G2 P0 A0 C1. (02/11/2023) PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, CITOLOGÍAS: 1, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: IRREGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO UTILIZABA. EMBARAZO NO PLANIFICADO. APP: PREECLAMPSIA EN SU ANTERIOR EMBARAZO. APQX: NO REFIERE. APF: HEMOFILIA TIA MATERNA. MADRE HTA. GESTANTE DE 7.3 SG SEGÚN FUM DEL 30/06/2025 (INCIERTA/ NO CONFIABLE) ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFIA TRANSVAGINAL EL CUAL REPORTA UTERO GESTANTE EN ANTEVERSION, PRESENCIA DE CAVIDAD UTERINA DE SACO GESTACIONAL QUE MIDE 24 MM QUE CORRESPONDE A 6.6 SG, POSEE BORDES REGULARES CON BUENA CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO EN SU INTERIOR. EMBRION PRESENTE CON UN LCR QUE MIDE 5MM QUE CORRESPONDE A 6 SEMANAS DE GESTACION. LATIDOS CARDIACOS PRESENTES 121x, CERVIX DE LONGITUD NORMAL, CORION PLACENTARIO DE IMPLANTACION ANTERIOR BAJA, VASOS ESPIRALES CON AUMENTOS DE FLUJOS VASCULAR HACIA ENDOMETRIO. ID: EMB DE 6.4 SEMANAS DE GESTACION. EMO: LEU NEGATIVO, GLUCOSA NEGATIVO, SANGRE NEGATIVO, LEU 3-4/CAMPO,HEMATIES 0-1/CAMPO, PIOC 0-1/CAMPO, C.EPITELIALES ESCASAS +, FILAMENTO MUCOSO +. 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: INDETERMINADO, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO SCORE MAMA: 0 RO: 4 PUNTOS - ALTO (1 PUNTO, ANTECEDENTE PREECLAMPSIA 3 PUNTOS) SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA POR RO + PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA DE ACUERDO A ULTIMA ECOGRAFIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PLACENTA PREVIA CON ESPECIFICACION DE QUE NO HUBO HEMORRAGIA	O 440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-12	09:21	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-08-12	09:21	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	