

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MARQUEZ          | GUERRERO         | DENISES JAMILETH | 15                  | 12  | 1998 | 26 años, 8 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                             | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|---------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314067198        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SITIO PUNTA Y FILO y VIA A PORTOVIEJO | 096-157-5021 /      |
| 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                 | 1314067198      | 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 |  | 2025  | 08  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MULTIPARA DE 26 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P0 A2 C0 HV0 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 4, CITOLOGIAS: 1 (HACE 2 AÑOS) MENARQUIA: 13 AÑOS, MENSTRUACION: RREGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE // APQX: NO REFIERE // APF: DMII (MAMA) HTA (PAPA) ABUELO MATERNO DM II Y ABUELO PATERNO (DMII Y HTA) // GESTANTE DE 10.3 SG SEGÚN FUM DEL 06/06/2025 Y SEGÚN ECOFRAGIA DEL 22/07/2025 CON 6.6 SG TENDRIA 10.5 SG. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, SECRECIONES BALNQUECINA GRUMOSA NO FETIDA QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO VUVLAR, NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: INDETERMINADA, AFU: NO VALORABLE, FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 2 PUNTOS = BAJO (ABORTO HABITUAL MAYOR O IGUAL A 2).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO: LEUCO: 11.54, NEUTRO: 60.0%, LINFO: 29.6%, HB: 13.50, HTC: 38.50%, PLAQUETAS: 263, GLUCOSA: 78.28, UREA: 18.51, CREA: 0.78, NITROGENO UREICO: 8.65. TORCH IGM: NO REACTIVO, HIV: NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO CLINITEST EN ORINA: LEUCO: POSITIVOS, CELULAS EPITELIALES: 13-15 XC, PIOCITOS: 6-8 XC, HEMATIES: 2-4 XC, BACTERIAS: (+ +). ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE EN ATEVERSION, PRESENCIA EN CAVIDAD UTERINA DE SACO GESTACIONAL QUE MIDE 27 MM, QUE CORREPONDE A 7.1 SG, DICHO SACO TIENE BORDES REGULARES CON BUENA CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO EN SU INTERIOR, FETO PRESENTE CON UN LCR QUE MIDE 6 MM QUE CORRESPONDE A 6.3 SG, FCF: 113 LPM, CERVIX LONGITUDINAL NORMAL, CORION PLACENTARIO DE IMPLANTACION CIRCULAR, VASOS ESPIRALES CON AUMENTO DE FLUJO VASCULAR HACIA ENDOMETRIO, MEMBRANA AMNIOTICA VISIBLE, FPP: 11/03/2026, ID: EMABARAZADO DE 6.6 SG. TEL: 0961575021

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO | Z351   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-18 | 12:55 | Medicina Rural | MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO | 1313571612 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-18 | 12:55 | Medicina Rural | MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO | 1313571612 |       |