

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	BURGOS	DAYSY BRIGGITH	05	09	2005	19 años, 11 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314328574	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y AV CARLOS ALBERTO ARAY	098-958-9119 /
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	1314328574	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	20
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 clinico

PACIENTE NULIPARA DE 19 AÑOS DE EDAD. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS 1 PARTO 1 ABORTO 0 CESAREAS 0. FECHA DE PARTO: 10-10-2024, PRIMERA RELACION SEXUAL: 15 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 14 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVO ORAL NO RECUERDA NOMBRE HASTA JUNIO // ANTECEDENTE PATOLOGICO PERSONAL: NO REFIERE //ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE /ALERGIAS: NO REFIERE/ ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE // GESTANTE DE 11.2 SEMANAS DE GESTACION SEGÚN FECHA DE ULTIMA REGLA DEL 2-06-2025, FECHA NO CONFIABLE YA QUE NO RECUERDA BIEN. FECHA PROBABLE DE PARTO 9-03-2026. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE POSITIVA CON FECHA DEL 19-8-25. NO TRAE ECOGRAFIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO SECRECION VAGINAL. REFIERE DISURIA DESDE HACE 1 MES ACOMPAÑADO DE TENESMO VESICAL, URGENCIA MICCIONAL, POLAQUIURIA. ADEMAS REFIERE HABER PRESENTADO SANGRADO VAGINAL DESDE HACE 1 MES Y MEDIO HASTA EL SABADO 16-08-25, REFIERE QUE FUERON INTERMITENTES A LO LARGO DE LAS SEMANAS QUE HAN PASADO EN ESTE 1 MES Y MEDIO. AL DIA DE HOY PACIENTE NO PRESENTA SANGRADO VAGINAL. AL INTERROGATORIO SE LE PREGUNTA A LA PACIENTE PORQUE HA PESAR DE HABER TENIDO SANGRADO DURANTE 1 MES Y MEDIO NO ACUDIDO AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOBA A UN CENTRO DE SALUD Y REFIERE QUE NO HA PODIDO PORQUE NO HA TENIDO MEDIO DE TRANSPORTE PARA ACUDIR. // 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 INDETERMINADO. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: PESO NORMAL. / SCORE MAMA: 0 RIESGO OBSTETRICO: EDAD 19: 1 PUNTO, PERIODO INTERGENESICO MENOR A 18 MESES: 2 PUNTOS, HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: 2 PUNTOS. TOTAL 5 PUNTOS. RIESGOOBSTETRICO ALTO. SE INDICA REFERENCIA SEGUNDO NIVEL POR RIESGO OBSTETRICO ALTO.SE HACE REFERENCIA SEGUNDO NIVEL POR AMENAZA DE ABORTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE POSITIVA CON FECHA DEL 19-8-25

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	08:34	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-08-20	08:34	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	