

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| GUADAMUD         | ARTEAGA          | LEIDY XIMENA | 04                  | 06  | 1996 | 29 años, 1 meses, 11 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314334879        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | SITIO CAMARETA y             | 099-530-6631 /       |
| 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                 | 1314334879      | 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  | 07  | 15  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input 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 checked="" type="checkbox"/> |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE SEGUNDIGESTA DE 29 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL PRENATAL SOLA, SIN LIBRETA INTEGRAL DE SALUD, LA MANDA A VER CON FAMILIAR POR LO CUAL LA CONSULTA INICIA 1 H TARDE DE LA HORA INDICADA. INSTRUCCIÓN: BACHILLER, OCUPACIÓN: AMA DE CASA, LUGAR DE RESIDENCIA: CAMARETA POR UNIDAD EDUCATIVA VIDAL CUSME, CONTACTO: 0995306631 (MARÍA ARTEAGA MAMÁ - 0967052573). AGO: G1 P1 A0 C0. (PIG 15/7/2019) PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 22 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGÍAS: NO REFIERE, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, CICLOS MENSTRUALES CADA 30 DÍAS DE 5 DÍAS DE DURACIÓN, DISMENORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE. APP: OBESIDAD. AQX: NO REFIERE. APF: PADRE HTA. GESTANTE DE 37.6 SG SEGÚN FUM INCIERTA (24/10/2024). ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SIN EXÁMENES DE LABORATORIO, SE DECIDE REALIZAR HB CON HEMOCUTE CON RESULTADO DE 11.6 Y GLUCOSA POSPRANDIAL CON GLUCÓMETRO CON RESULTADO DE 110. ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO II. GANANCIA DE PESO: EXCESIVA. SCORE MAMA: 2 (PRESIÓN ARTERIAL DE 123/90, TRAS 3 TOMAS CONSECUTIVAS CON 10 MIN DE SEPARACIÓN. SE ESPERA 30 MINUTOS MÁS, SE VUELVE A TOMAR PRESIÓN ARTERIAL 119/84 POR LO CUAL SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA). SE REALIZA NUEVA CATEGORIZACIÓN DE RO: 8 PUNTOS - MUY ALTO (PERIODO INTERGENESICO > 5 AÑOS: 1 PTO, HERMANA CON PREECLAMPSIA 2 PTO, NINGÚN CONTROL MAYOR A 20 SEMANAS: 2 PTOS, IMC >30 PTOS: 3 PTOS). 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: CEFÁLICO, AFU: 38, FCF: 143 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. ACTITUD FETAL: LONGITUDINAL. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-15 | 13:28 | Medicina Rural | GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO | 1314646496 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-15 | 13:28 | Medicina Rural | GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO | 1314646496 |       |