

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SALTOS	GEMA JULEXY	31	03	1999	25 años, 10 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	1314337013	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-056-0065 /
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	1314337013	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	02	03
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	☐	HEMORRAGIA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE NULIPARA DE 25 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 HV0 HM0 FUM 01/11/2024, PRIMERA RELACION SEXUAL: 20 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 1 HACE 2 AÑOS, MENARQUIA: 10 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: ORALES COMBINADOS (SUSPENDE HACE 2 AÑOS)// APP: SINDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO //APQX: NO REFIERE // APF: ABUELOS MATERNOS HTA E HIPOTIROIDISMO // GESTANTE DE 14 SG SEGUN ECOGRAFIA DEL 20/01/25 CON 12SG. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFÍA PÉLVICA EN LA CUAL SE REPORTA SACO GESTACIONAL UNICO CON PRESENCIA DE ETRCUTURA EMBRIONARIA UNICA CON ALTIDO CARDIACO EMBARAZO DE 12 SG FPP: 17/08/2025// AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA.// SE REALIZA ANAMNESIS, SIGNO DE ALARMA; REFIERE SANGRADO VAGINAL EN POCA CANTIDAD DESDE EL MES DE NOVIEMBRE, ÚLTIMO EPISODIO HACE 3 DÍAS POR LO QUE ACUDE A LA EMERGENCIA DEL TIPO C DONDE LE REALIZAN ECOGRAFÍA ANTERIORMENTE DESCRITA DONDE NO SE EVIDENCIA DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NI PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA. LE REALIZAN TACTO VAGINAL DONDE SE EVIDENCIA OCI CERRADO. ADEMÁS, LE REALIZAN EMO EL CUAL EVIDENCIA ITU POR LO QUE LE PRESCRIBEN CEFALEXINA 500MG C8H X 7 DÍAS. REFIERE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTERIOR A TOMA DE MEDICAMENTO POR LO QUE SUSPENDE EL TRATAMIENTO. ACTUALMENTE SIGUE PRESENTANDO MANCHADO DE COLOR VINOSOS AL MOMENTO DE REALIZAR LA MICCION EN LAS MAÑANA, SECRECION AMARILLENTA QUE NO PRODUCE PRURITO VULVAR PERO CON MAL OLO, 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: 5 PUNTOS = ALTO (MAMÁ PREECLAMPSIA, SANGRADO EN PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFIERE SANGRADO VAGINAL EN POCA CANTIDAD DESDE EL MES DE NOVIEMBRE, ÚLTIMO EPISODIO HACE 3 DÍAS POR LO QUE ACUDE A LA EMERGENCIA DEL TIPO C DONDE LE REALIZAN ECOGRAFÍA ANTERIORMENTE DESCRITA DONDE NO SE EVIDENCIA DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NI PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA. LE REALIZAN TACTO VAGINAL DONDE SE EVIDENCIA OCI CERRADO. ADEMÁS, LE REALIZAN EMO EL CUAL EVIDENCIA ITU POR LO QUE LE PRESCRIBEN CEFALEXINA 500MG C8H X 7 DÍAS. REFIERE NAUSEAS Y VÓMITOS POSTERIOR A TOMA DE MEDICAMENTO POR LO QUE SUSPENDE EL TRATAMIENTO. ACTUALMENTE SIGUE PRESENTANDO MANCHADO DE COLOR VINOSOS AL MOMENTO DE REALIZAR LA MICCION EN LAS MAÑANA,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMENAZA DE ABORTO	O200	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	10:16	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2025-02-03	10:16	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	