

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	SOLORZANO	MARIA FERNANDA	24	12	2002	21 años, 9 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	1314339985	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA ROSA DE TIGRE y	098-778-8996 / (00)-000-0000
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	1314339985	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		2024	10	09
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 TRIGESTA DE 21 AÑOS CON 31.4 SG -SEGUN FUM 24/02/2024 FPP(SEGUN FUM): 30/11/2024// AP: NO REFIERE, APQX:NO REFIERE,APF: NO REFIERE, AGO: G2 P0 A1 C1, PRESENTA DURANTE ESTE EMBARAZO EPISODIOS HIPERTENSIVOS MOTIVO POR EL CUAL FUE HOSPITALIZADA, MANTIENE TRATAMIENTO HIPERTENSIVO AL MOMENTO. PRESENTA CUP 1. IMC: 35.5. REFERENCIA PARA VALORACION DEL CASO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON EPISODIOS HIPERTENSIVOS + ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA + CUP + OBESIDAD II + PERIODO INTERGENESICO -18 MESES + NO CONTROLES ANTES DE LA SG20
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	O16X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-09	15:18	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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 clínico

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
2024-10-09	15:18	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	