

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VACA	ANDRADE	IVANA GABRIELA	04	10	2005	19 años, 9 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314433804	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y	099-616-3280 /
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	1314433804	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	29
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

SECUNDIGESTA DE 19A QUE ACUDE A 1ER CONTROL CURSANDO 10.2 SG SEGÚN FUM 18/05/25. // ANTECEDENTES - AGO: G1 C1. P.I.G.: 14/01/21. IVS: 14A. PAREJAS SEXUALES: 2. CITOLOGÍAS: 0. MENARQUIA: 11A. DISMENORREA: NO. ANTICONCEPTIVOS: NO. APP: NR. APQX: 1 CESÁREA. APF: NR. AA: NR. Hábitos: NR. GRUPO SANGUÍNEO: O+. // ESTUDIOS - ECO TRANSVAGINAL (29/06/25): EMB. DE 6 SG FETO ÚNICO VIVO. // ANAMNESIS - ESTABLE, ORIENTADA EN TEP, ASINTOMÁTICA, NIEGA SIGNOS DE ALARMA (RASH, FIEBRE, SANGRADOS, SECRECIONES, DISURIA). // OTROS - ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO + GANANCIA ADECUADA. SM: 0. RO: 2 PUNTOS = BAJO (EDAD Y SOBREPESO).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VDRL POSITIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O981		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	11:50	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-07-29	11:50	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	