

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	HERRERA	PRISCILA JAZMIN	21	12	1999	25 años, 7 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	1314439132	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL CAUCA y	098-578-8940 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314439132	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	24
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 SECUNDIGESTA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRIMER CONTROL PRENATAL. AGO: G1 P0 A0 C1. (21/09/18) PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGÍAS: NO, MENARQUIA: 14 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO UTILIZABA. EMBARAZO PLANEADO. APP: PRECLAMPSIA EN SU PRIMER EMBARAZO. APQX: CUP1 APF: MADRE HTA GESTANTE DE 20.4 SG SEGÚN ÚLTIMA ECOGRAFÍA. PACIENTE REFIERE QUE NO RECUERDA EL FUM. SE CALCULA FUM DE ACUERDO A ÚLTIMA ECOGRAFÍA (02/03/25). TRAE A CONSULTA BHCG CUALITATIVA POSITIVA Y ECOGRAFÍA (22/07/25) EL CUAL REPORTA: FETO ÚNICO VIVO, SEXO MASCULINO, PRESENTACIÓN TRANSVERSO POLO CEFÁLICO DERECHO DORSO POSTERIOR, FCF: 164 LPM, NO SE EVIDENCIA CIRCULAR DE CORDÓN, TEJIDOS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, PLACENTA FUNDICA ANTERIOR GRADO I DE MADURACIÓN, LÍQUIDO AMNIÓTICO SUFICIENTE PARA EDAD GESTACIONAL, ILA 14.85CM, PESO: 331GR. ID: EMB DE 20.2 SEMANAS DE GESTACIÓN POR BIOMETRÍA FETAL. FPP: 07/12/25. PACIENTE REFIERE QUE NO HA TENIDO OTROS CONTROLES. 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, LEVE DISURIA. PACIENTE NO SE EXPRESA CORRECTAMENTE POR EL CUAL SE PIDE QUE EN SU PRÓXIMO CONTROL LA ACOMPAÑE OTRA PERSONA. PACIENTE A PESAR DE LAS INDICACIONES EN LA CAPTACIÓN NO DESEA TOMAR SALES DE HIERRO + ÁCIDO FOLICO YA QUE LE DA VERTIGO. SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE SU MEDICACIÓN (CALCIO 500MG QD+ ÁCIDO ACETIL SALICILICO 100MG QD + SALES DE HIERRO + ÁCIDO FOLICO 60 MG QD). A LA VEZ MENCIONA QUE EN SU PRIMER TRIMESTRE INGERIÓ ALCOHOL EN VARIAS OCASIONES. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFÁLICA CON MUCOSAS HÚMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATÍAS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, ÚTERO GRÁVIDO, PRESENTACIÓN: TRANSVERSO, AFU: XXX, FCF: 145 LPM. 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: (PERÍODO INTERGENESICO >5 AÑOS- 1 PUNTO + ANTECEDENTE PREECLAMPSIA- 3 PUNTOS + ALCOHOL EN PRIMER TRIMESTRE- 3 PUNTOS) = 7 PUNTOS RIESGO MUY ALTO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGÍA + IC A MEDICINA FAMILIAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	08:23	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-07-24	08:23	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	