

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	VARGAS	NARCIZA VERONICA	28	03	1990	34 años, 9 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314470137	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA MARIO LOOR y	098-005-1179 /
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	1314470137	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	12	30
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 34 AÑOS DE EDAD CON 21 SG SEGUN FUM BASADA EN ECO: 5-08-2024, FPP:12-05-2025/ AP: NR, APQX:NR, APF:NR, AGO: G2 P2 A0 C0 (2018), MENSTRUACIONES:IRREGULARES, MENARQUIA: 14A. METODO DE PLANIFICACION: NR. AL TOMAR SIGNOS VITALES PREVIOA CONSULTA PRESENTA TA: 139/89 Y FC: 106, DURANTE CONSULTA SE REALIZA NUEVA TOMA OBTENINADO 127/89 Y FC: 97, PACIENTE REFIERE QUE TUVO UNA SITUACION ESTRESENTE EL DIA ANTERIOR EN CASA Y ESO LA TIENE MUY AGITADA. HA PRESENTADO PRESIONES SIMILARES EN PRIMER CONTROL. SE SOLICITA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DEBIDO A EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR IMC + P. INTERG, Y POSIBLE TRASTORNO HIPERTENSIVO. PACIENTE TAMBIEN PRESENTA ITU E INFECCION VAGINAL DURANTE CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UROANALISIS: COLOR: AMARILLO, PH:7, LEUCOCITOS: ++, GLUCOSA: NEG, PROTEINAS: NEG, C CETONINOCs: NEG, UROBILINOGENO: NEG, NITRITOS: NEG ----- EX MICROSCOPICO--- C.EPITELIALES: 12-16, LEUCOCITOS: 15-18, HEMAITES: 8-11, BACTERIAS: +++, FILAMENTOS MUCOSOS: +

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	21:35	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 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
2024-12-30	21:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

