

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ORTIZ	ALVAREZ	KATHYA JULEXI	30	07	2000	24 años, 1 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	1314477637	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RICAURTE y	098-270-7865 /
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	1314477637	SANTA MARTHA	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	09	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

GESTANTE MULTIGESTA NULIPARA ACUDE A CONTROL PRENATAL POR EMB DE 27.4SG POR FUM CON HISTORIA DE PARTO POR CESAREA HACE 7 MESES, RIESGO OBSTÉTRICO ALTO (6 PUNTOS: ABORTOS, OBESIDAD, PERIODO INTERGENESICO MENOR A 18 MESES) POR ANTECEDENTES DE ABORTOS RECURRENTE, ACTUALMENTE DE BUEN ESTADO GENERAL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, REFIERE QUE HA PRESENTADO ITU EX 12/8/2024: GLUCOSA 83, CR 0,61, HEPATITIS B NEGATIVO, TP 12,2, TPT 27,2, LEUCOCITOS Y NITRITOS POSITIVOS, POR LO CUAL FUE A MEDICO PARTICULAR QUIEN PRESCRIBE CEFUR POR 7 DIAS Y PROGESTERONA 200MG POR UN MES, AL MOMENTO NO REFIERE MOLESTIAS URINARIAS, NO LEUCORREAS, BUEN APETITO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PERIODO INTERGENESICO CORTO (CESAREA HACE 7 MESES) SE REFIERE PARA PROGRAMACION DE PARTO
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O 342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-24	12:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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