

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MUÑOZ	GENESIS LISSETH	06	07	1994	30 años, 5 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314551985	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL PUEBLITO y RIO GRANDE	095-905-2090 /
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	1314551985	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	11
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 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A CITA DE CONTROL PRENANTAL CON 30.1 SG -SEGUN FUM 12-05-24 FPP:16-02-2024/ AP:NR APQX:2 CESAREAS, APF:NO REFIERE, AGO: G2 P0 A0 C2 (2020),-MENARQUIA:11 A,MENSTRUACIONES: REGULARES, METODO DE PLANIFICACION:NO REFIERE. DURANTE INTERROGATORIO REFIERE HABER ACUDIDO AL HGNDIC POR ER DEBIDO A CUADRO DE CEFALEA INTENSA DONDE LE COMENTARON QUE ERA A CAUSA DE PRESIONES ELVADAS, PACIENTE MANIFIESTA LE ADMINISTRARON PARACETAMOL IV, DESDE ENTONCES SOLO PRESENTA CEFALEAS LEVES ESPORADICAS. RO: ALTO (IMC + CUP), SM: 1 (FC).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACUDE CON ECOGRAFIA (9-12) LA CUAL REPORTA EMB DE 31 SG (HOY 31 SG) PRESENTACION CEFALICA LONGITUDINAL DERECHO, PRESENTA DOBLE CIRCULAR DE CORDON EN NUCA, FCF: 143, ILA: 16.98, PESO: 1658 GR TRO: PROTEINURIA NEGATIVA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-11	18:31	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
2024-12-11	18:31	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

