

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	RIVAS	ERIKA ALEJANDRA	25	10	1994	30 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314553577	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CULEBRA y	098-736-9488 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1314553577	SAN ANTONIO	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	01	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive☐

Saturación capacidad instalada☐

Ausencia temporal del profesional☐

Otros/especifique:☒

Falta de profesional☐

PACIENTE CON 2 CESÁREAS PREVIAS, ABORTO ESPONTÁNEO HACE 8 MESES, MORTINATO DE 30 SEMANAS APROXIMADAMENTE, ULTIMA CESAREA HACE 4 AÑOS

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD AGO: G3 P0 A1 C2 HV1 HM1, PRIMERA RELACION SEXUAL: 19 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 1, MENARQUIA: 14 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: CESÁREAS (2) // APF: ABUELA MATERNA DIABETICA// GESTANTE DE 31.0 SG SEGÚN ECOGRAFÍA REALIZADA EL 28/09/2024 CON 15.1SG. ACUDE A CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE CON ECGRAFÍA REALIZADA EL 16/01/2025 EN EL SUBCENTRO TIPO C DE CHONE EN LA CUAL SE REPORTA: FETO ÚNICO VIVO, ILA NORMAL, MOVIMIENTOS ACTIVOS VISIBLES, PLACENTA HOMOGÉNEA GRADO I, POSICIÓN FETAL CEFÁLICA, FCF 154LPM, PESO 1649 GR. ID: EMBARAZO DE 30.6SG, FPP 20/03/2025. A SU VEZ, PRESENTA ECOGRAFÍA REALIZADA 11 DÍAS ANTES (04/01/2025) DE MANERA PARTICULAR EN LA CUAL SE REPORTA: FETO ÚNICO VIVO, CON LATIDOS CARDIACOS PRESENTES, ORGANOS VISUALIZADOS NORMOCONFIGURADOS, VENTRÍCULOS CEREBRALES NORMALES, ILA NORMAL, PLACENTA GRADO II LOCALIZACIÓN ANTERIOR, FCF 153LPM, PESO FETAL 1267GR, DOPPLER DE ARTERIA UTERINA Y UMBILICAL NORMAL, ID: EMBARAZO DE 28.6SG, SEXO MASCULINO. //AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, REFIERE DISURIA DE 1 MES DE EVOLUCIÓN QUE INICIA POSTERIOR A TOMA DE MEDICAMENTO ENVIADO EN CONSULTA ANTERIOR (AMOXICILINA).//AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: CEFÁLICO, AFU: 28CM, FCF: 154LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL / SCORE MAMA: 0 RO: 5 PUNTOS= ALTO (ABORTO, PERIODO INTERGENESICO CORTO, MORTINATO, CUP)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

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
2025-01-17	10:42	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-01-17	10:42	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	