

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	PAZ	GEMA ADRIANA	04	06	1991	33 años, 4 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314557396	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVOS GRANDE y	096-067-9400 / (00)-000-0000
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	1314557396	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		2024	10	15
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

☐

IGM POSITIVA PARA TOXOPLASMOSIS EN 3 OCASIONES, ABORTOS N2

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MULTIPARA DE 33 AÑOS DE EDAD AGO: G4 P0 A2 C2 HV2 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 15 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 15 (SE REALIZA PAP ANUAL DESDE 18 AÑOS), MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: SI REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: CESÁREAS (2) // APF: PADRE DIABÉTICO// GESTANTE DE 13 SG SEGÚN FUM DEL 16/7/2024. ACUDE A CONTROL PRENATAL CON EXAMENES DE LABORATORIO 12/09/2024 QUE REPORTAN: WBC: 9.9 HB: 13.9 HTO: 39.4 PLT: 380000 GLUC: 70 COLESTEROL: 168 TRIG: 134 TGO: 15 TGP: 21 HIV: NEG HEPATITIS B: NEG TOXO IGG E IGM: POSITIVO (HASTA 3 RESULTADOS) RUBEOLA IGG/IGM: NEG CMV IGG/IGM: NEG HERPES IGG/IGM: NEG V.DRL.: NEG. EMO: SANGRE POSITIVO CELULAS EPITELIALES: 30-40 XC. BACTERIAS: +. HEMATIES 5-10 XC. OXALATO DE CALCIO: ++. TRAE ECOGRAFÍA REALIZADA EL 18/09/2024 EN LA CUAL SE REPORTA: ÚTERO GRÁVIDO, OCUPADO POR IMAGEN ANEICOICA, SUGESTIVA A SACO GESTACIONAL CON EFECTO COLOR POSITIVO. LONGITUD CEFALOCAUDAL 1.70CM SACO GESTACIONAL 2.20 CM SACO VITELINO 0.50 ACTIVIDAD CARDIACA PRESENTE 174 LPM. PRESENCIA DE LÍQUIDO EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS. CERVIX CERRADO. ANEXOS DE CARACTERISTICAS ECOGRÁFICAS NORMALES. CONCLUSIONES: EMBARAZO DE 8.1 SG SEGUN ECO, SE OBSERVA HEMATOMA DECIDUAL EN LA CARA POSTERIOR CON UN VOL. DE 1.69 ML. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA.// PACIENTE REFIERE QUE HACE 15 DÍAS PRESENTÓ SANGRADO COLOR MARRÓN EN MODERADA CANTIDAD POR LO CUAL ACUDIÓ A CONSULTA CON GINECÓLOGO PARTICULAR QUIEN PRESCRIBE PROGESTERONA 25MG SUBCUTANEA QD POR14 DÍAS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ESCASO SANGRADO, CON ECOGRAFÍA POSTERIOR LA CUAL REPORTA HEMATOMA RETROCORIAL FCF 158 LPM// 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: INDETERMINADA, AFU: NO VALORABLE, FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD / SCORE MAMA: 0 RO: 11 PUNTOS= MUY ALTO(ABORTO, PERIODO INTERGENESICO, CESAREA PREVIA, OBESIDAD, TOXOPLASMA IGM POSITIVO) 0960679400 SE I/C GINECOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO ECOGRAFÍA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TOXOPLASMOSIS, NO ESPECIFICADA	B589		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-15	13:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-10-15	13:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	