

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALCIVAR	DEYCI KARINA	06	10	1996	28 años, 3 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314705706	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL MATE y EL MATE	099-710-2827 / (99)-999-9999
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	1314705706	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		2025	01	06
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 DE 28 AÑOS DE EDAD. AGO: G2 P0 A0 C2. (CUP 2 AÑOS) ACUDE A CUARTO CONTROL PRENATAL, OCUPACIÓN: AMA DE CASA, NIVEL DE INSTRUCCIÓN: BÁSICA, ETNIA: MONTUBIA, RELIGIÓN: NO TIENE, ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE, LUGAR DE NACIMIENTO: MANABI, LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: EL MATE SAN ANDRES, SEGURO: NO, NUMERO CELULAR: 0997102827. // PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 26 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: IRREGULAR, DISMENORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE. // APP: PREECLAMPSIA. APQX: 2 CESAREAS. APF: PADRES HIPERTENSOS. ALERGIAS: PASTILLA QUE NO RECUERDA. HABITOS: NIEGA. GRUPO SANGUÍNEO: O +. // GESTANTE DE 29.6 SG SEGÚN FUM DEL 12/06/2024. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SIN NUEVOS EXÁMENES DE LABORATORIO O ESTUDIOS DE IMAGEN. // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA. // AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HÚMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATÍAS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, ÚTERO GRÁVIDO, PRESENTACIÓN: 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: SOBREPESO + GANANCIA ADECUADA. // SCORE MAMA: 1 (TIRILLA REACTIVA PROTEINA 1+). // RO: 7 PUNTOS = MUY ALTO (ANTECEDENTE DE PRECLAMPSIA + IMC + HIJO CON BAJO PESO AL NACER). // PACIENTE DE DIFÍCIL ENTREVISTA. POBRE COMPRENSIÓN A PREGUNTAS Y COMANDOS SIMPLES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GESTANTE DE MUY ALTO RIESGO - CUP + APP DE PRECLAMPSIA + HIJO CON BAJO PESO AL NACER + IMC.

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
2025-01-06	08:17	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-01-06	08:17	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	