

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	QUIÑONEZ	GEMA MARIA	29	05	1998	26 años, 5 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314778455	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL MATE y	099-532-2060 / (05)-302-3095
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	1314778455	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	11	10
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 26 AÑOS, REFIERE QUE SE REALIZO BHCG CON RESULTADO POSITIVO, PERO NO TRAJO EXAMEN, SIN EMBARGO A LA INSPECCION PACIENTE PRESENTA ABDOMEN GRAVIDO Y AL EX FISICO PRESENTA MOVIMIENTOS FETALES, DESCONOCE FUM DEBIDO A QUE HASTA PRINCIPIOS DE OCTUBRE PRESENTABA SANGRADOS MENSUALES Y EL ULTIMO QUE TUVO FUE LA PRIMERA SEMANA DE OCTUBRE SIN EMBARGO ESE REFIERE QUE OCURRIO POSTERIOR A UNA CAIDA DE PROPIA ALTURA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A HGND DONDE LE REALIZARON ECO (REFIERE QUE LE DIJERON QUE SEGUN LA ECO TENIA 1 MES DE EMBARAZO) Y LABS /AP:NO REFIERE, APQX: 2 CESAREAS, APF:NO REFIERE/ AGO: G2 P0 A0 C2 (PRIMERA CESAREA FUE POR PREECLAMPSIA), MENARQUIA:12 A, METODO DE PLANIFICACION:NO USABA . AL MOMENTO ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRIMER CONTROL PRENATAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE TRIGESTA DE 26 AÑOS, REFIERE QUE SE REALIZO BHCG CON RESULTADO POSITIVO, PERO NO TRAJO EXAMEN, SIN EMBARGO A LA INSPECCION PACIENTE PRESENTA ABDOMEN GRAVIDO Y AL EX FISICO PRESENTA MOVIMIENTOS FETALES, DESCONOCE FUM DEBIDO A QUE HASTA PRINCIPIOS DE OCTUBRE PRESENTABA SANGRADOS MENSUALES Y EL ULTIMO QUE TUVO FUE LA PRIMERA SEMANA DE OCTUBRE SIN EMBARGO ESE REFIERE QUE OCURRIO POSTERIOR A UNA CAIDA DE PROPIA ALTURA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A HGND DONDE LE REALIZARON ECO (REFIERE QUE LE DIJERON QUE SEGUN LA ECO TENIA 1 MES DE EMBARAZO) Y LABS (NO TRAE) /AP:NO REFIERE, APQX: 2 CESAREAS, APF:NO REFIERE/ AGO: G2 P0 A0 C2 (PRIMERA CESAREA FUE POR PREECLAMPSIA), MENARQUIA:12 A, METODO DE PLANIFICACION:NO USABA . AL MOMENTO ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR PRIMER CONTROL PRENATAL. RIESGO OBSTETRICO: MUY ALTO (IMC+ ANTEC.PREECLAMPSIA+ POSIBILIDAD DE NINGUN CONTROL CON +20SG+ POSIBILIDAD DE HABER PRESENTADO SANGRADOS DURANTE EMBARAZO)

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
2024-11-10	19:35	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
2024-11-10	19:35	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	