

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	SANTANA	CARMEN MARIA	16	06	1996	29 años, 2 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	1314793900	MANABI	CHONE	CANUTO	LAS PALMITAS y X	096-263-6638 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314793900	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	08	21
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 FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD, NACIDA EN CANUTO , RESIDENTE EN LA PALMITA POR EL PUENTE A LA IZQUIERDA , TEF: 0992709255 ,. CONTACTO DE REFERENCIA: OLVER VELEZ (ESPOSO) TELF:0962636638 OCUPACIÓN: AMA DE CASA . ACUDE A CONSULTA POR TERCER CONTROL DEL EMBARAZO. CURSA 15.5 SG SEGÚN FUM: 03/05/2025 CON FPP : 07/02/2026. TRAE ECOGRAFIA DEL 17/06/2025 DONDE REPORTA EMBARAZO DE 6.3 SG EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 15.5 SG PACIENTE CON EPILEPSIA HACE 20 AÑOS (TOMA CARBAMAZEPINA DE 400 MG AL DIA) ULTIMA CRISIS 2 AÑOS Y MEDIO . ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: CESAREA SEGMENTARIA HACE 1 AÑO 5 MESES . APF: MADRE CON HIPERTENSION ARTERIAL . ANTECEDENTES GINECOBISTETRICOS: G:2. P:0. C:1. A:1 (FECHA DE NACIMIENTO DE ULTIMO HIJO :04/01/2024) MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1 ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION IRREGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: HORMONAL INYECTABLE PERO LO DEJO EN MARZO Y CONTINUABA CON TABLA DEL RITMO . EMBARAZO NO PLANIFICADO. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, NI NEUROLOGICA, REFIERE LEVE DOLOR PELVICO, MENCIONA QUE TIENE POCA MICCION, NO SANGRADOS, REFIERE SECRECION DE COLOR BLANQUECINA SE INDICA CLOTRIMAZOL VAGINAL 500 MG CADA NOCHE POR TRES NOCHES, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE NO APLICA, ALTURA UTERINA: NO VALORABLE , POSICION: NO VALORABLE . FCF: NO VALORABLE. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO= PUNTOS (Aborto:1P , PERIODO INTERGENSICO MENOR DE18 MESES : 2 PUNTOS, ENFERMEDAD NEUROPSIQUIATRICA: 3 PUNTOS) . TA : 118/66. SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: INADECUADA. TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS:_NO VIGENTE , SE INDICA A PARTIR DE LA SEMANA 20. TAMIZAJES DE PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO REALIZADOS; VIH, SIFILIS, CHAGAS, HEPATITIS B Y C. SE REVISAN LABORATORIOS NORMALES. ACUDE CON ECOGRAFIA GENETICA DEL 29 DE JULIO DEL 2025: UTERO GESTANTE EN ANTEVERSION PRESENCIA DE SACO GESTACIONAL CORRESPONDIENTE A 13 SEMANAS DE GESTACION, LCF: 163 LPM, CERVIX DE LONGITUD NORMAL, CORION PLACENTARIO DE IMPLTACION ANTERIOR BAJA, HUESO NASAL PRESENTE MIDE 3 MM TRASLUCENCIA NUCAL MIDE 1 MM, EMBARAZO DE 13 SEMANAS DE GESTACION, SE PRESCRIBE HIERRO + ACIDO FOLICO, ASPIRINA 100 MG, CALCIO PRENATAL 1500 MG. SE CITA A CONTROL , INTERCONSULTA CON ODONTOLOGIA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-21	11:08	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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 clínico

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
2025-08-21	11:08	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	