

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LOPEZ            | SANTANA          | CARMEN MARIA | 16                  | 06  | 1996 | 29 años, 3 meses, 9 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 | Ginecología y Obstetricia |  | 2025  | 09  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

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 19.6 SG SEGÚN FUM: 10/05/2025 CON FPP : 14/02/2026. TRAE ECOGRAFIA DEL 17/06/2025 DONDE REPORTA EMBARAZO DE 6.3 SG EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 20.5 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 8 MESES . APF: MADRE CON HIPERTENSION ARTERIAL . ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS: 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. PACIENTE DE HACE CINCO DIAS VISUALIZA UNA SECRECION DE ASPECTO AMARILLENTO QUE NO TIENE OLOR , Y PRURITO VULVAR , Y DISURIA , NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, NI NEUROLOGICA, REFIERE LEVE DOLOR PELVICO, MENCIONA QUE TIENE POCA MICCION, NO SANGRADOS , REFIERE SECRECION DE COLOR BLANQUECINO SE INDICA CLOTRIMAZOL VAGINAL 500 MG CADA NOCHE POR TRES NOCHES, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLASGOW 15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE , ALTURA UTERINA: 16 CM , POSICION: PODALICO . FCF: 136 LPM . EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO= PUNTOS (Aborto:1P , PERIODO INTERGENESICO MENOR DE 18 MESES : 2 PUNTOS, ENFERMEDAD NEUROPSIQUIATRICA: 3 PUNTOS) . TA : 100/60 , SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: INADECUADA. TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS:VIGENTE , HOY HEPATITIS B . SE ENVIA EXAMENES DE LABORATORIO DEL SEGUNDO TRIMESTRE , SE PRESCRIBE HIERRO + ACIDO FOLICO, ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG, CALCIO PRENATAL 1500 MG. SE CITA A CONTROL , INTERCONSULTA CON ODONTOLOGIA. SE REALIZA LA REFERENCIA A GINECOLOGIA POR PERIODO INTERGENESICO Y CESAREA ANTERIOR .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON CESÁREA ANTERIOR DE 1 AÑOS Y 8 MESES EMO: ASPECTO : LIG TURBIO , PH : 6.0 , DENSIDAD 1020 , BACTERIAS + , PIOCITOS (4-6 XC ) , CELULAS EPITELIALES (++) ULTRASONIDO: EMBARAZO DE 20 SEMANAS , PRESENTACION PODALICA , LATIDOS CARDIACOS FETALES 139 PLACENTA DE INSERCIÓN ANTERIOR GRADO 0 , ILA 15 CM , HUESO Nasal 6mm

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 |
|------------|-------|-------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-25 | 11:09 | Obstetricia Rural | JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ | 0951096270 |       |

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 |
|------------|-------|-------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-25 | 11:09 | Obstetricia Rural | JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ | 0951096270 |       |