

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NAPA	ALVIA	NICOLLE JADIRA	14	07	2004	20 años, 4 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314798321	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	098-513-8809 /
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	1314798321	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	12	07
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 PRIMIGESTA DE 20 AÑOS DE EDAD CON 30.4 SG, FUM: 03-05-2024, FPP:07-02-2025/ AP: NR, ALERGIAS: NO, APQX: NR, APF: MADRE HERMANO ASMA, AGO: G0 P0 A0 C0, MENARQUIA: 12 A, MENSTRUACIONES: REGULARES. PACIENTE PRESENTA RIESGO BAJO SEGUN ESCALA DE MS, SIN EMBARGO REFIERE INFECCIONES VAGINALES RECURRENTES DURANTE TODO EL EMBARAZO, POR MEDIO DE MANIOBRAS DE LEOPOLD PRESENTACION PODALICA Y PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA DE 1-11 REPORTA EMB DE 26.4 SG (HOY 31 SG) POSICION PODALICA, ILA CONSERVADA, PESO 960 GR, FCF 153, PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA POSTERIOR GI, NO SE OBSERV CIRCULAR DE CORDON/NO TRAE EXAMENES (PACIENTE HACE VARIOS MESES NO SE REALIZA EXAMENES ENVIADOS, SE EXPLICA RIESGOS DE MAL CONTROL)

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-07	20:17	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 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
2024-12-07	20:17	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	