

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	SOLORZANO	MARIA GABRIELA	08	09	2001	23 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314916550	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	096-401-0616 /
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	1314916550	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 SECUNDIGESTA DE 23 AÑOS DE EDAD ACUDE A CITA DE CONTROL PRENANTAL CON 33.4 SG -SEGUN FUM 09-04-24 FPP:14-01-2024/ AP:PRESENTO HERPES II IGM+ DURANTE PRIMER TRIMESTRE, RECIBIO TTO, APQX: NR, APF:NO REFIERE, AGO: G0 P1 A0 C0 (2019).-MENARQUIA:11 A, METODO DE PLANIFICACION:NO REFIERE. RO ALTO DEBIDO A PERIODO INTERGENESICO MAYOR A 5A E IMC , PACIENTE CON HISTORIAL DE TORCH IGM + DURANTE EMBARAZO Y DESEO DE LIGADURA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE ACUDE CON PRUEBA TORCH DEL 28/AA LA CUAL REPORTA: TOXOPLASMA IGM - IGG-, RUBEOLA IGG +, IGM-, CMV IGG- IGM-, HV 1 IGG+ IGM-, HV 2 IGG - IGM -

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HALLAZGO ANORMAL NO ESPECIFICADO EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE	O289	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-07	13:25	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	13:25	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	