

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CALDAS	MARIA BELEN	27	07	1996	28 años, 1 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314961077	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA GONZALEZ y LA PAZ Y LIBERTAD	098-535-7850 / (05)-248-4725
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	1314961077	SANTA MARTHA	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	09	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE GESTANTE SECUNDIGESTA NULIPARA (CESAREA ANTERIOR HACE 4 AÑOS) ACUDE A CONTROL PRENATAL POR EMB DE 35.6 SG POR FUM 15/01/2024 CONFIABLE, AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA , NO SIGNOS DE PELIGRO GENERAL, RIESGO OBSTÉTRICO ALTO, GANANCIA ADECUADA DE PESO, SCORE MAMA 0, TIRILLA REACTIVA EN ORINA NEGATIVA, ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, BUEN APETITO, NO SANGRADO TRANS VAGINAL, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO, FCF 145 LPM.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA 73.73, GLUCOS POSTPRANDIAL 2H: 89.21 ULTRASONIDO: UTERO GESTANTE EN, FETO UNICO VIVO SEXO MASCULINO, PODALICO DORSO DERECHO FCF 154 LPM, VALORACION ANATOMICO FETAL DENTRO DE LO NORMAL, PESO 1719 GR, PERECENTIL 53%, DBP 77.8 MM, PLACENTA GRADO 1 NO HEMATOMAS, ILA 16.3CM, NO CIRCULAR DE CORDON, EMBARAZO 31.0 SEMANAS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-20	08:44	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2024-09-20	08:44	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

