

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	QUIROZ	EDITA ELIZABETH	26	01	1997	28 años, 9 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315091270	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y	096-335-9725 /
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	1315091270	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		2025	11	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 MULTIGESTA DE 28 AÑOS QUE CURSA GESTACIÓN DE 19.1 SEMANAS (FUM NO CONFIABLE) ACUDE A CONSULTA POR CUARTO CONTROL PRENATAL; ACOMPAÑADA DE UNA AMIGA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, NO RASH, NO FIEBRE, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE, ACTIVIDAD UTERINA; NO. EDEMA: NO; AL MOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DE Náuseas de tipo matutino, ACOMPAÑADAS DE EMESIS POSTPRANDIAL. NIEGA INTOLERANCIA ORAL SEVERA NI SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN. SIN DISURIA NI SÍNTOMAS URINARIOS ASOCIADOS. ADICIONALMENTE, MENCIONA CEFALEA DE INTENSIDAD LEVE A MODERADA, NO ASOCIADA A FOSFENOS, ACÚFENOS NI ESCOTOMAS. NO REFIERE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PREVIA NI SÍNTOMAS DE ALARMA. TENSIÓN ARTERIAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICA AL MOMENTO (TINNITUS, FOSFENOS, PÉRDIDAS VAGINALES, PARESTESIA, CEFALEA, ALZA TÉRMICA, ACTIVIDAD UTERINA, FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES). SE ENVIA TRATAMIENTO A LA SINTOMATOLOGÍA. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE APP: NR, APF: NR; ALERGIAS: NR; AQ: 3 CESAREAS. FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 26/06/2025 (NO CONFIABLE); FECHA PROBABLE DE PARTO: 2/04/2026 PESO: 73,3KG; TALLA: 150CM, IMC: 32 ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD 1; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS: 5P:0 C:3 A:2 PIG:MAYO 2024 SCORE MAMA; PA:100/715 MMHG; FC: 100X MIN, FR: 18X MIN; STO2 98%; T: 36.3 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA (OBTENIDA POR TIRILLA REACTIVA DE UROANÁLISIS): NEG TOTAL, SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: GRAN MULTÍPARA >4gestas+ 2 ABORTOS + OBESIDAD IMC>30 PONDERACION 7PTS RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO. OCUPACIÓN: AMA DE CASA, NIVEL DE INSTRUCCIÓN: BÁSICO, ETNIA: MESTIZO, RELIGIÓN: CATOLICA, ESTADO CIVIL: SOLTERA, LUGAR DE NACIMIENTO: CHONE, LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: TACHEVE, REFERENCIA DE DOMICILIO: PASANDO LA IGLESIA, SEGURO: NO, NÚMERO CELULAR: 0963359725, TELÉFONO DE CONTACTO: 0967449358 (HERMANA-GLENDA ZAMBRANO). // PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 14 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 5, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: IRREGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: HORMONALES COMBINADOS. //TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO. ACUDE A LA CONSULTA SIN EXÁMENES DE LABORATORIO LOS CUALES SE SOLICITAN PARA SIGUIENTE CONTROL. PRESENTA EN LA CONSULTA ECOGRAFÍA DEL 06/10/2025 LA CUAL REPORTA: FETO ÚNICO VIVO DE 17.2SG, LATIDOS CARDÍACOS PRESENTES CON FCF: 156 LPM, ILA: NORMAL EMBARAZO DE 21.6 SG AL DÍA DE HOY. CURSA EMBARAZO DE +/- 19.1 SEMANAS. SE DA ASESORIA NUTRICIONAL (ALIMENTACIÓN), ASESORIA AL ASEO E HIGIENE. INDICACIONES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL. INDICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA. SE BRINDA CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA. TOXOIDE TETÁNICA; SEGUNDA PENDIENTE.FCF: 145 LPM AU: 21

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE	O288		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-07	08:16	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2025-11-07	08:16	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	