

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTANA	MEJIA	ANGIE NAYELY	07	10	2004	21 años, 5 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	1315098317	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-436-9204 /
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	1315098317	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Cardiología	2026	03	31
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 FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD, NACIDA EN CHONE, RESIDENTE OLLA VIEJA VÍA TARUGO, A UNOS 700M DE LA FABRICA DE YUCA "PEDRO ALCIVAR", CASA DE 1 PISO DE CONSTRUCCIÓN MIXTA. TEF: 0984369204 (PACIENTE)/ 0995149769(ESPOSO: ALEXANDER SEGOVIA), CONTACTO DE REFERENCIA: PACIENTE Y ESPOSO. OCUPACIÓN: AMA DE CASA. ACUDE A CONSULTA POR PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO , SE PREGUNTA AUTOIDENTIFICACION : MONTUBIA, SE BRINDA CHARLA DE PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE DONDE SE INDICA POSICIONES DE PARTO INTECULTURAL Y DESEA PARIR : ACOSTADA,TRAE CONSIGO ECO REALIZADA EL 18/03/2026 QUE CONFIRMA EL EMBARAZO DE 7 SG 1 DIA. EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 9SG. POR FUM 22/ENERO/2026 CURSA 9.5SG. APP . ALERGIAS :COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR. APQ: APENDICE Y QUISTE EN OVARIO . APF: ABUELOS PATERNOS CON HTA ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS: G:0. P:0. C:0. A:0 MENARQUIA: 14 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 18 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION RREGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: EMBARAZO PLANIFICADO, PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA, NO SANGRADOS, NO SECRECION, NO RASH. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA, GLAS GOW15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: NA, POSICION: NA. FCF: NA. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 4 PUNTOS (+1 SOBREPESO, +3 CARDIOPATIA), TA 111/66. SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: NO APLICA. TIRILLA PROTEINURIA: NO APLICA POR EMBARAZO MENOR A 20 SEMANAS DE GESTACION. VACUNACION DE TETANOS: AUN NO. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIH, HEPATITIS B Y C, Y CHAGAS: NO REACTIVO CORRESPONDIENTES A PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO, NO SE REALIZA SIFILIS NO HAY EN STOCK. SE INDICA EXAMENES DE LABORATORI. SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO (SE ENTREGA) ACIDO ACETIL SALICILICO A PARTIR DE LA SEMANA 12 (24/04/2026) + CALCIO PRENATAL 1,5G POR RIESGO DE PRECLAMSA (PRIMIGESTA + IMC>25). SE REALIZA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR. IC ODONTÓLOGIA. SE CITA A CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 4 PUNTOS (+1 SOBREPESO, +3 CARDIOPATIA) + ANTECEDENTES DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR SIN CONTROLES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR	Q210	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	10:48	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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
2026-03-31	10:48	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	