

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	ZAMBRANO	DAMARIS NAHOMY	11	07	2005	19 años, 3 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315320414	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA HIDALGO y	099-181-7993 /
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	1315320414	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	11	02
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 19 AÑOS CON 26.4 SG -SEGUN FUM 26-04-2024/ FPP(SEGUN FUM) 31-01-2024 // AP:NO REFIERE, APOX:EXTRACCION DE LIPOMA MAMARIO HACE 1A ,APF: PADRE HTA, AGO: G0 PO A0 CO, MENARQUIA:12 A, METODO DE PLANIFICACION: NINGUNO. PACIENTE (26.3 SG) AL INTERROGATORIO REFIERE CUADROS DE HINCHAZON LEVE GENERALIZADA, Y DESDE HACE 1 1/2 SEMANA HA PRESENTADO PERDIDA INVOLUNTARIA DE LIQUIDO EL CUAL DESCRIBE INCOLORO Y OLOR A CLORO (HOY REFIERE QUE NO LE HA BAJADO), ASOCIADO A DOLOR TIPO COLICO EN CADERAS Y DISMINUCION DE MOV FETALES, NO SANGRADO/TRAJE UROCULTIVO EL CUAL REPORTA ENTEROCOCCUS SENSIBLE A FOSFOMICINA/ ECOGRAFIA (11/10/2024) LA CUAL REPORTA: EMB 24.3 SG (HOY 26.3,ACORDE CON FUM) FCF: 139, PRESENTACION: TRANSVERSA, ILA:18.4, PLACENTA ANTERIO GIII, NO CIRCULARES DE CORDON / AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN GRAVIDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELLAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES ,EX GENITAL: NO SANGRADO, NO HIDRORREA INCLUSIVE CON MAIOBRAS DE VALSALVA /AU:28, FCF: 144 /ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO (IMC: 29.8) + GANANCIA ADECUADA // SCORE MAMA 2 (PD), RIESGO OBSTETRICO:BAJO PTS (EDAD,IMC)// PLAN: MEDIDAS GENERALES E HIGIENICO DIETETICAS / SIGNOS DE ALARMA / CONSEJERÍA NUTRICIONAL/ DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO, BAJA EN GRASAS/ PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE / CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA/ CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR/ TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO /VACUNA DT:1 DOSIS/ USO DE PRESERVATIVO / ACTIVIDAD FÍSICA 30 MIN DIARIOS BAJA INTENSIDAD/SE REALIZA REFERENCIA MANUAL PARA EMERGENCIA TIPO C POR MOTIVO DE POSIBLE RPM/SE REALIZA REFERENCIA PARA GIN+OBS/HIERRO + AC FOLICO QD/CARBONATO DE CALCIO QD (NO HAY STOCK)/FOSFOMICINA (NO HAY STOCK)/ SE LLENA LIS/ CONTROL MENSUAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA: PRESENTACION TRANSVERSA. UROCULTIVO+ ANTIBIOGRAMA: ENTEROCOCCUS SENSIBLE A FOSFOMICINA, PACIENTE REFIERE PRESENTAR EPISODIOS DE EDEMA GENERALIZADO LEVE, ANTECEDENTE DE HACE 1 SEMANA Y MEDIA DE PERDIDA DE LIQUIDO (SE REFIERE A ER).

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR POSICION FETAL OBLICUA O TRANSVERSA	O322		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-02	15:33	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 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
2024-11-02	15:33	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	