

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	QUIROZ	JUANA AMADA	02	07	1995	29 años, 3 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315375137	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL CAUCA y	096-337-3186 /
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	1315375137	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	10	23
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 SEECUNDIFESTA DE 29 AÑOS CON 26.5 SG -SEGUN FUM 17-04-2024 / FPP(SEGUN FUM): 22-01-2024// AP:ALERGIA A LOS AINES,ESTUVO INGRESADA EN UCI POR HIPOPOTASEMIA DEBIDO A DIARREA AGUDA, ESTUVO TIEMPO TOMANDO ESPIRONOLACTONA, APQX: OOFORRECTOMIA (2020)CESAREA ANTERIOR HACE 8A (SEGUN PCTE POR DESPROPORCION CEFALOPELVICA),APF:NO REFIERE, AGO: G1 P0 A0 C1, MENARQUIA: 12 A, METODO DE PLANIFICACION: NINUGNO. AL MOMENTO ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD POR CONTROL PRENATAL SUBSIGUIENTE.NOTA: SE SUBEATENCION DE 21-10-2024 DIAS POSTERIORES POR CORTES DE ENERGIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 29 AÑOS CON 26.5 SG. AQX: OOFORRECTOMIA (2020)CESAREA ANTERIOR HACE 8A (SEGUN PCTE POR DESPROPORCION CEFALOPELVICA), RIESGO OBSTETRICO BAJO: IMC + PERIODO INTERGENESICO + 5A
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-23	19:29	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
2024-10-23	19:29	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	