

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MUENTE	LISSETH ALEJANDRA	02	08	2007	17 años, 4 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315414191	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMILO GILER y	099-980-6590 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1315414191	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	12	13	
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 clinico

PACIENTE PRIMIGESTA DE 17 A AÑOS CON 30.2 SG SEGUN FUM: 11-05-2024 (EN PRASS 18-05-24) Y FPP: 15-02-2025/ AP: NO REFIERE, APQX: NR, APF: PADRE HTA Y DM/ AGO: G0 P0 A0 C0, MENARQUIA:11 A, MENSTRUACION: IRREGULAR, METODO DE PLANIFICACION: NR. AL MOMENTO PACIENTE SIN SINTOMATOLOGIA NI SIGNOS DE ALARMA. EMO PRESENTA BACTERIRUIA. AL EXAMEN FISICO DESTACA MEDIANTE MANIOBRAS DE LEOPOLD PRESENTACION TRANSVERSA DE FETO. RO: BAJO 1PT (EDAD)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GB: 9.69 GR: 4.10 HGB: 12.4 HCT: 35.7 PLAQUETAS: 360 NEUTROFILOS%: 77.7 * LINFOCITOS%: 16.1 * VCM: 87.0 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: GLUCOSA: 87 UR: 14 CR: 0.5 TGO: 18 TGP: 17 OTROS ANALISIS: VDRL: NEGATIVO UROANALISIS: ASPECTO URBIO DENSIDAD: 1020 PH: 6 PROTEINAS: NEGATIVO GLUCOSA: NEG C. CETONICOS: NEG LEUCOSITOS: NEG UROBILINOGENO: NEG NITRITOS : NEG -----SEDIMENTO----- LEUCOCITOS: 7-8 MOCO: FILAMENTOS++ C: EPITELIALES 15-20 BACTERIAS ++

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
2024-12-13	10:03	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
2024-12-13	10:03	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

