

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVERA	RODRIGUEZ	JOSELYN STHEFANY	09	08	1998	26 años, 1 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315561165	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CAMARETA y	097-933-5091 /
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	1315561165	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Nutrición Clínica	2024	09	19
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 GESTANTE DE 26 AÑOS PRIMIGESTA, NULIPARA, ACUDE A LA CONSULTA POR CONTROL SUBSECUENTE DE EMBARAZO DE 27.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFIA TEMPRANA (26-04-2024) FUM NO CONFIABLE, AL MOMENTO REFIERE ESTAR ASINTOMÁTICA, NO SIGNOS DE PELIGRO GENERAL, RIESGO OBSTÉTRICO BAJO ACTUALMENTE, GANANCIA INADECUADA DE PESO, SCORE MAMA 0, ORINA Y DEPOSICIÓN NORMAL, BUEN APETITO, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, TIRILLA REACTIVA EN ORINA NEGATIVO, FCF 148 LPM, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADA TIEMPO Y ESPACIO, ANTECEDENTES DE REPORTE DE HERPES VIRUS 1 Y 2 IGM POSITIVO NO REFIERE PRESENCIA DE LESIONES VISIBLES ACTUALMENTE, TRAERE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: HEPATITIS B Negativo HEMATOLOGIA: Serie blanca -GLOBULOS BLANCOS * 14.58 x10^3 células / uL [3.5 - 9.5] - LINFOCITOS % * 14.33 % [20 - 50] -MONOCITOS % 4.10 % [3 - 10] -NEUTROFILOS % * 77.10 % [40 - 75] -EOSINOFILOS % 4.13 % [0.4 - 8] -BASOFILOS % 0.33 % [0 - 1] -LINFOCITOS # 2.09 x10^3 células / uL [1.1 - 3.2] -MONOCITOS # 0.60 x10^3 células / uL [0.1 - 0.6] -NEUTROFILOS # * 11.24 x10^3 células / uL [1.8 - 6.3] -EOSINOFILOS # * 0.60 x10^3 células / uL [0.02 - 0.52] -BASOFILOS # 0.05 x10^3 células / uL [0 - 0.06] Serie roja -RECuento DE GLOBULOS ROJOS 4.20 x10^6 células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA * 9.99 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO * 29.90 % [35 - 56] -VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO * 71.30 fL [82 - 100] -HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA * 23.80 pg [27 - 34] -CONCENTRACION DE HGB CORPUSCULAR MEDIA - MCHC 33.40 g / dL [31.6 - 35.4] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWC * 16.60 % [11 - 16] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWS 39.30 fL [35 - 45] Serie plaquetaria -PLAQUETAS * 523 x10^3 células / uL [150 - 450] -VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) 7.82 x10^3 células / uL [6.5 - 12] QUIMICA: GLUCOSA 78.60 mg / dL [75 - 115] UREA 15.90 mg / dL [10 - 50] CREATININA 0.58 mg / dL [0.5 - 1.1] ACIDO URICO 3.35 mg / dL [2.4 - 5.7] UROANALISIS: PH 6, DENSIDAD 1030, LEU 20XC, HEAMTIES 4XC, BACTERIAS ++ ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO, SEXO MASCULINO, FCF 143, EMBARAZO 27.1 SEMANAS POR ECOGRAFIA, PLANCENTA HOMOGENEA GRADO 2, ILA CANTIDAD NORMAL, FPP 8/12/2024

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-19	10:55	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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