

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROBLES	MERO	GINGER PAMELA	18	06	1999	25 años, 6 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	1315565943	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AGUA POTABLE y	095-986-3692 /
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	1315565943	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		2025	01	08
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 FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, MESTIZA, PRIMIGESTA, QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR SU PRIMER CONTROL PRENATAL LA CUAL CURSA CON AMENORREA DE +34.4 SEMANAS POR FUM: 14/05/24 FPP: 18/02/24 NO CONFIABLE. GESTANTE DE 33.5 SEG SEGUN ECO DEL 2-8-25 QUE REPORTO 11 SEG. AL EXAMEN FISICO NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA, NO SANGRADO TRANSVAGINAL, NO EDEMA, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA Y CONCIENTE EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACTIVA REACTIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PIEL Y MUCOSAS NORMOCOLOREADAS Y NORMOHIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS, CARDIORESPIRATORIO SUFICIENTE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, ALTURA UTERINA COMPATIBLE CON EDAD GESTACIONAL, DIURESIS Y EMUNTORIOS NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN PATOLOGIA APARENTE. NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, NO REFIERE CONTRACCIONES NI DOLOR, NO SANGRADO O HIDRORREA CON CERVIX CERRADO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: MADRE DIABETICA E HIPERTENSA ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE HABITOS: DROGAS, ALCOHOL, TABACO, CAFÉ: NO REFIERE VIOLENCIA: NO REFIERE GRUPO SANGUÍNEO: O+ VACUNAS: COMPLETA VIGENTE. DT 2/2. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: NO REFIERE FUM: 14/05/24 NO CONFIABLE FECHA DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 15 AÑOS EDAD DE MENARQUIA: 13 AÑOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G 0 P 0 C 0 A 0 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: SUSPENCIÓN DE METODO ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES REFIERE PAP: NO REALIZADO EMBARAZO PLANIFICADO: SI SCORE MAMA: 0 ALTURA UTERINA: 33 PRESENTACIÓN: CEFALICA SITUACION: LONGITUDINAL IZQUIERDO FCF:140 LPM MOVIMIENTOS FETALES: SI. SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE. SCORE MAMA 0. RIESGO OBSTETRICO: ALTO: TAMIZAJE DE SIFILIS POSITIVO(OTRAS PATOLOGIAS) 3 PUNTOS. 3 PUNTOS POR IMC MAYOR A 30. ID: EMBARAZO DE OBTENIDO POR FUM NO CONFIABLE CONTROL NORMAL DE EMBARAZO. SE LE BRINDA ATENCION OPORTUNA, CAPTACION Y ENTREGA DE LIBRETA INTEGRAL. SE LE DA CONSEJERÍA SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA, MEDIDAS DE HIGIENE Y ALIMENTACION ADECUADA, ASI COMO APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. SE REALIZA TAMIZAJE DE VIH Y SIFILIS. VIH NO REACTIVO. SIFILIS REACTIVO. SE ENVIA A REALIZAR VDRL, ECOGRAFIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAMIZAJE DE SIFILIS POSITIVO 2 VECES EL DIA 8-1-25

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SIFILIS QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O981		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-08	08:59	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-01-08	08:59	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	