

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| FARIAS           | ARROYO           | GENESIS ANAID | 18                  | 06  | 2004 | 21 años, 9 meses, 1 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315653855        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | MOCORAL y CANUTO             | 097-970-7485 /      |
| 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                 | 1315653855      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2026  | 03  | 19  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS, CURSA CON EMBARAZO DE APROXIMADAMENTE .37.5 SG POR FUM (28-06-2025) CON FPP (04-04-2026) Y POR LA ECOGRAFIA DEL 11/10/2025 ( 13.5 SG ) EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 36.6 SEMANAS FPP:13/04/2026 , PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE, NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA NI NEUROLOGICA. NO MENCIONA SEÑALES DE PELIGRO DE LA MADRE NO RASH DÉRMICO, NO CEFALEA, NO ENROJECIMIENTO DE ESCLERAS; ANTECEDENTE PERSONAL : TRANSTORNO HORMONAL (NO ESPECIFICA) ; ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: CESAREA SEGMENTARIA HACE 6 AÑOS . ANTECEDENTE FAMILIAR : MADRE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES ; N, AGO: G:1. P:0. C:1. A:0. ; NO PRESENCIA DE VARICES. EXAMEN FISICO. GLOBULOSO, GESTANTE, ALTURA UTERINA: 36 FCF: 144-148LPM, SITUACION: LONGITUDINAL, POSICIÓN: DORSO DERECHO, PRESENTACION: CEFALICO, SIN CONTRACCIONES UTERINAS. GANANCIA DE PESO: INADECUADO , TIRILLA DE PROTEINURIA: NEGATIVO ; TA: 110/73 SCORE MAMA: 0. RIESGO OBSTÉTRICO ALTO 4PT (CICATRIZ UTERINA PREVIA: 3, SOBREPESO 1 ). PACIENTE INDICA NO HABERSE CULMINADO TRATAMIENTO CON LA CEFALOXINA ENVIADA EN CONTROL ANTERIOR POR IVU EN UROCULTIVO, REFIERE "QUE LE CAUSO FIEBRE" Y TUVO QUE IR AL HOSPITAL EN DONDE LA FCF ESTABA ACELERADA. LUEGO FUE A MEDICO PARTICULAR QUIEN LE RECETO NITROFURANTOINA PERO TAMPOCO REALIZO ESE TRATAMIENTO. AQUI EN CONSULTA REFIERE ESTAR ASINTOMATICA SIN SINTOMATOLOGIA URINARIA, SOLO DOLOR LEVE EN ABDOMEN BAJO. SE EVIDENCIA LEUCORREAS FISIOLOGICAS DEL EMBARAZO Y EN TIRILLA DE ORINA SE EVIDENCIA ++ EN LEUCOCITOS, SE LE INSTAURA TRATAMIENTO CEFUROXIMA 500MG CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. SE EXPLICA SEÑALES DE PELIGRO Y SIGNOS DE ALARMA MEDIANTE LIS (FIEBRE, DOLOR EN ZONA LUMBAR, VOMITOS Y DIARREAS PERSISTENTES, DOLOR SEVERO EN ABDOMNE, SANGRADOS VAGINALES, NO SENTIR MOVIMIENTOS DEL BEBE), SI PRESENTA UNO DE ESTOS SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A ESTABLAMIENTO DE SALUD. SE HACE REFERENCIA A GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA POR CICATRIZ UTERINA PREVIA

#### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

----

#### 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 |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-19 | 08:41 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |

### 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 clínico

#### 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 |
|------------|-------|------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-19 | 08:41 | Medicina General | MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO | 1314919760 |       |