

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	MERO	LADY MALLERLY	16	11	2003	20 años, 9 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315755312	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV ELOY ALFARO y	095-897-0056 /
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	1315755312	SANTA MARTHA	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	09	05
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

GESTANTE PRIMIGESTA NULIARA ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL, NO RFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, FUM 6/7/2024, RFIERE QUE HA PRSENTADO LEVE DOLOR EN REGION PELVICA, RFIERE QUE HACE UNA SEMANA PRESENTO LEVE SANGRADO Y FUE VALORADA EN CENTRO DE SALUD TIPO C DONDE ENVIARON MEDICACION, SE EVIDENCIA EN ECOGRAFIA QUIST DE GRAN TAMAÑO EN OVARIO IZQUIERDO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: ex laboratorio 28/8/2024: gb 10.87, hb 15.99, plaq 330, glucosa 121 (examen posterior a ingesta de comida), cr 0.93, col 136, tgl 187, uroanálisis nitritos leucicitos positivos. ULTRASONIDO: REPORTE DE EMBS 7.1SG, CERVIX CON ALTERACIONES EN ORIFICIO CERVICAL Y CANAL CERVICAL, QUISTES SIMPLES DE GRAN TAMAÑO EN OVARIO IZQUIERDO 7,06CM X 4,60CM,6CM, 101,93ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-05	09:17	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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