

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	RODRIGUEZ	ROCIO MAGDALENA	01	02	1993	31 años, 10 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315798940	MANABI	CHONE	CONVENTO	PATA DE BRAVO 1 y	096-807-6884 /
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	1315798940	CONVENTO	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	27
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 DE SEXO FEMENINO DE 31 AÑOS DE EDAD LA CUAL ACUDE POR SU CONTROL PRENATAL, RIESGO OBSTETRICO ALTO SCORE MAMA 0 CON EMBARAZO DE +/- 25.1SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN ECO REALIZADO EL 30/01/23 REPORTA EMBARAZO DE 25.1 SG SITUACIION CEFALICO DORSO IZQUIERDO PESO 674 GR LCF 141 POR MINUTO PLACENTA ANTERIOR GRADO I FECHA PROBABLE DE PARTO 10/04/2025 ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: GESTAS: 5PARTO: 4 CESÁREAS: 0 ABORTOS: 1 ALERGIAS: NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE 3 RIESGO OBSTETRICO ALTO PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA AL MOMENTO PACIENTE: ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, ACTIVA-REACTIVA. SE PROCEDE A REALIZAR EXAMEN FÍSICO TÓRAX: RUIDOS CARDIACOS: RITMICOS, CAMPOS PULMONARES: VENTILADOS ABDOMEN: GLOBULOSO COMPATIBLE CON EMBARAZO DE +/- 16.4 SG , NO DOLOROSO, ÚTERO PALPABLE, ALTURA UTERINA 21 CM MEDIDAS GENERALES: 1. CONTROL DE SIGNOS VITALES 2. ANAMNESIS 3. EXAMEN FÍSICO COMPLETO 4. VACUNACIÓN DT 5. INDICACIONES DE PLAN DE PARTO 6. INDICACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO 7. CONVERSATORIO SOBRE ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO 8. SCORE MAMA REGISTRADO EN FORMULARIO 005 9. CONSEJERIA NUTRICIONAL 10. ACUDIR AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA ANORMALIDAD 11. 9.- CITA EL MEDICACIÓN HIERRO + ACIDO FOLICO #30 TOMAR 1 CADA 24 HORAS EN ESPERA DE EXAMENES DE LABORATORIO YA ENVIADOS PARA REPETIR VDRL SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON RESULTADO DE VDRL POSITIVO CON TRATAMIENTO INSTAURADO AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE GINECOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-27	13:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2024-12-27	13:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	