

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ANZULEZ          | BASURTO          | STEFANY SHIRLEY | 15                  | 06  | 2007 | 17 años, 5 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        | 1316000791        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SN y                         | 098-667-0562 /       |
| 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                 | 1316000791      | SAN ANTONIO              | 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  | 05  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                          |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada           | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | PACIENTE CON PIG CORTO, CESÁREA ANTERIOR |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE NULIPARA DE 17 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P0 A1 C1 (28/07/2023) HV1 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 15 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 13 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: PACIENTE REFIERE HOSPITALIZACIÓN HACE 5 MESES DEBIDO A CUADRO DE ITU //APQX: CESAREA ANTERIOR // APF: NO REFIERE // GESTANTE DE 34.5 SG SEGÚN FUM 6/04/2024. ACUDE A CONTROL PRENATAL SUBSECUENTE. PACIENTE QUIEN DEJA DE ACUDIR A CITAS DURANTE 2 MESES TRAS LLAMADOS INSISTENTES. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA, NO SECRECIONES VAGINALES, NO SANGRADO, NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: CEFÁLICO, AFU: 30CM, FCF: 133. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO / SCORE MAMA: 0 RO: 5 PUNTOS = ALTO (EDAD + PERIODO INTEGENESICO CORTO+ CESAREA ANTERIOR ) 0986670562

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA | O 342  | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2024-12-05 | 09:08 | Medicina Rural | ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ | 1311532590 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2024-12-05 | 09:08 | Medicina Rural | ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ | 1311532590 |       |