

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| VALENCIA         | RIVAS            | ANDREA LILIANA | 15                  | 04  | 2006 | 19 años, 8 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316006756        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | LEVANTE y                    | 098-146-3343 / (99)-999-9999 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular         |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1316006756      | RICAUARTE                | 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  | 12  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

GESTANTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DESEADO, NO PLANIFICADO. ACUDE A CONTROL PRENATAL. AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL, NECESIDADES FISIOLÓGICAS NORMALES, HA PRESENTADO DOLOR EN HIPOGASTRIO DE LEVE INTENSIDAD Y TAMBIÉN DOLOR DE CADERAS NO HA TENIDO PÉRDIDAS VAGINALES DE LÍQUIDO NI DE SANGRE, SE ESTÁ ALIMENTANDO DE MANERA REGULAR DEBIDO A SÍNTOMAS DEL EMBARAZO. REFIERE SECRECIÓN AMARILLA CON OLOR A MUY FUERTE A PESCADO, NIEGA PRURITO. TRAE CONSIGO ECOGRAFIA QUE REPORTA HEMATOMA DECIDUAL CARA ANTERIOR RETROPLACENTARIA DE 4.30 CC, SE LE INDICA REPOSO ABSOLUTO Y CONTROL ECOGRAFICO(SIN TURNOS EN AGENDA), SE HACE HINCAPIE EN IMPORTANCIA DE ECOGRAFIAS DE CONTROL. PACIENTE MANIFIESTA QUE ACUDIO DONDE UN MEDICO NATURISTA QUIEN RECETA UNAS VITAMINAS(NO RECUERDA EL NOMBRE) ESCALA DE RIESGO OBSTÉTRICO: GESTANTE DE 19 AÑOS (1) PUNTOS: 1 RIESGO BAJO. SE INDICAN EXÁMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍA, VACUNACIÓN, SEGÚN ESQUEMA, SE INDICA EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA NUTRICIONAL, PRÓXIMO CONTROL: 23/12/2025(SE LE INDICA QUE LO ANTES POSIBLE CON ECOGRAFIA DE CONTROL) , PRESCRIPCIÓN: METRONIDAZOL 500 MG BID VO POR 7 DIAS. DIETA GENERAL. MANTENER UNA HIDRATACIÓN ADECUADA. CONTROL DE SIGNOS VITALES. ASESORÍA EN SEÑALES DE ALARMA. ASESORÍA EN LACTANCIA MATERNA. ASESORÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR. REFERENCIA A GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ÚTERO: Grávido, anteflexión, evidente aumento de tamaño, ocupado por imagen anecoica, sugestiva a saco gestacional, con efecto color positivo. FONDO DE SACO DE DOUGLAS: SIN PRESENCIA DE LIQUIDO AL MOMENTO. CERVIX CERRADO ANEXOS: CARACTERISTICAS ECOGRAFICAS NORMALES AL MOMENTO. > NOTA: SEGUIMIENTO SUBSECUENTE, NO ALGIAS AL MOMENTO, NO SE EVIDENCIA SANGRADO TRANSVAGINAL AL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN. CONSIDÉRESE LO SIGUIENTE: \* EMBARAZO DE 11 SEMANAS CON 2 DIAS POR CRL Y SG. FECHA PROBABLE DE PARTO 07/06/2026 POR SG Y CRL. \* SE OBSERVA UN HEMATOMA DECIDUAL EN CARA ANTERIOR RETROPLACENTARIO EN REABSORCION VOL. DE 4.30CC AL MOMENTO DEL ESTUDIO, CONSIDERAR AMENAZA DE ABORTO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------|--------|-----|-----|
| AMENAZA DE ABORTO | O200   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-12-17 | 09:23 | Medicina Rural | LAURA ANDREA COLOMA DELGADO | 1312308453 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-12-17 | 09:23 | Medicina Rural | LAURA ANDREA COLOMA DELGADO | 1312308453 |       |