

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLIZ	MEDRANDA	GEMA GUADALUPE	04	10	1992	32 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316192549	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y	099-257-3315 /
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	1316192549	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		2025	02	18
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

PACIENTE FEMENINA DE 32 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE DE CASA GRANDE -CANUTO TEF: 0992573315. NUMERO DE REFERENCIA: ESPOSO LUIS FERNANDO (TELF : 09633269111. ACUDE A CONSULTA POR SU TERCER CONTROL PRENATAL. CURSA EMBARAZO GEMELAR DE 24.3 SG SEGÚN FUM: DEL 28/08/2024 CON FPP 04/06/2024. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES : OVARIO POLIQUISTICO ALERGIAS : NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRURGICOS: 2 CESAREAS (ULTIMA 18- ABRIL- 2017). ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AGO: MENARQUIA 14 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA 20 AÑOS, PAREJAS SEXUALES 1, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO REFIERE.NO UTILIZABA METODO ANTICOCEPTIVO. G:3. C:2. A:1. P:0. REFIERE CEFALEA EN LEVE INTENSIDAD NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA NI URINARIA. NO SANGRADOS, NO SECRECIONES, NO RASH. ABDOMEN GESTANTE: FCF :FETO A 135LPM - FETO B 122 LPM, ALTURA UTERINA: 26 CM , EXTREMIDADES NO EDEMAS. A: AL MOMENTO PACIENTE TRANQUILA, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. GLASGOW15/15. PACIENTE CURSA UN EMBARZO GEMELAR CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO 5 PUNTOS (IMC>35= 3P, ABORTO: 1P, PERIODO INTERGENESICO >5 AÑOS 1P). TA 100/60: SCORE MAMA 0, GANANCIA DE PESO: NA. PACIENTE TRAE ECOGRAFIA PARTICULARDEL 20/01/2025, DONDE REPORTA :FETO B UTERO : OCUPADO POR PRODUCTOS GEMELARES BICORIONICOS , BIAMNIOTICOS , SEXO MASCULINO , POSICION CEFALICO DORSO LATERAL DEREHO , FCF 161 LPM , CABEZA NORMOCEFALO , CORAZON CUATRO CAMARAS , NO SE ENVIDENCIA CIRCULAR , TEJIDOS OSTEOMUSCULARES SIN ALTERACIONES , PLACENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO I , LIQUIDO ANMIOTICO SUFICIENTE PARA EDADA GESTACIONAL 9.59CM , PESO 444G. FETO A : FCF : 159 LPM , NO SE ENVIDENCIA CIRCULAR , TEJIDOS OSTEOMUSCULARES SIN ALTERACIONES , PLACENTA FUNDICA , ANTERIOR GRADO I , LIQUIDO ANMIOTICO SUFICIENTE PARA EDADA GESTACIONAL 9.58CM , PESO 507G. SE PRESCRIBE HIERRO + ACIDO FOLICO , ASPIRINA 100MG Y CALCIO 1500 MG, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA ACUDIR AL HOSPITAL DE REFERENCIA. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA PARTICULAR DEL 20/01/2025, DONDE REPORTA : FETO B UTERO : OCUPADO POR PRODUCTOS GEMELARES BICORIONICOS , BIAMNIOTICOS , SEXO MASCULINO , POSICION CEFALICO DORSO LATERAL DEREHO , FCF 161 LPM , CABEZA NORMOCEFALO , CORAZON CUATRO CAMARAS , NO SE ENVIDENCIA CIRCULAR , TEJIDOS OSTEOMUSCULARES SIN ALTERACIONES , PLACENTA FUNDICA POSTERIOR GRADO I , LIQUIDO ANMIOTICO SUFICIENTE PARA EDADA GESTACIONAL 9.59CM , PESO 444G. FETO A : FCF : 159 LPM , NO SE ENVIDENCIA CIRCULAR , TEJIDOS OSTEOMUSCULARES SIN ALTERACIONES , PLACENTA FUNDICA , ANTERIOR GRADO I , LIQUIDO ANMIOTICO SUFICIENTE PARA EDADA GESTACIONAL 9.58CM , PESO 507G.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EMBARAZO DOBLE	O300		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	13:15	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	

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
2025-02-18	13:15	Obstetricia Rural	JULISSA STEFANIA CANTOS LOPEZ	0951096270	