

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	ZAMBRANO	DAYERLY ANAHI	25	08	2009	16 años, 0 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316193976	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO y	096-733-4684 /
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	1316193976	SANTA RITA	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	09	19
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 PRIMIGESTA DE 16 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR TERCER CONTROL PRENATAL. AGO: G0 P0 A0 C0. PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 14 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO UTILIZABA. EMBARAZO PLANIFICADO. APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. APF: ABUELOS MATERNOS HTA. GESTANTE DE 6 SG SEGÚN FUM DEL 28/06/2025. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL. TRAE ECOGRAFIA REALIZADA EL 12/9/2025: DIAMETRO DE CRL 41.00 MEDIDA DE TRASLUCENCIA NUCAL 3.5 COMPACTIBLE CON PATOLOGIA FETAL DE LATERACION CROMOSOMICA. UTERO OCUPADO POR PRODUCTO UNICO VIVO. UTERO CON PRESENCIA DE HEMATOMA Y DESPENDIMIENTO DE 50% A NIVEL DEL CUERPO UTERINO. CABEZA CON ALTERACIONES ESTRUCTURALES. CORAZON LATIDOS PRESENTES FCF 189 ELEVADA. ECO REPORTA TRANSLUCENCIA NUCAL CONSIDERANDO ALTERACION GENETICA SE LE VUELVE A SOLICITAR. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, DOLOR LEVE EN HIPOGASTRIO, NAUSEAS Y VOMITOS. SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HÚMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATÍAS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, ÚTERO GRÁVIDO, PRESENTACIÓN: INDETERMINADO, EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO SCORE MAMA: 0 RO: 1 PUNTO - BAJO(GESTANTE 15 AÑOS- 1 PUNTO) PACIENTE ACUDIE A CONSULTA CON MEDICO FAMILIAR SE REGENDA CON MEDICINA FAMILIAR POR EMBARAZO ADOLESCENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS DESPRENDIMIENTOS PREMATUROS DE LA PLACENTA	O458		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-19	14:24	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-09-19	14:24	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	