

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CAICEDO          | CEDEÑO           | KARINA LISSETH | 26                  | 02  | 2008 | 17 años, 5 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316197571        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CAMILO GILER y               | 093-996-7951 /       |
| 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                 | 1316197571      | 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  | 08  | 12  |
| 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 17 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRIMER CONTROL PRENATAL. AGO: G0 P0 A0 C0. PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 14 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGÍAS: NO, MENARQUIA: 9 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, DISMENORREA: SI. ANTICONCEPTIVOS: NO UTILIZABA. EMBARAZO PLANIFICADO. APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. GESTANTE DE 11 SG SEGÚN FUM DEL 23/05/2025. ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL CON EXÁMENES DE LABORATORIO DEL 22/07/25 EL CUAL REPORTA: HCG BETA CUALITATIVO POSITIVO. NO TRAE ECOGRAFIA POR EL CUAL SE SOLICITA PARA SU PROXIMO CONTROL + EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA. SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, LEUCORREA BLANQUESINA, PURITO VAGINAL, NO DISURIA. REFIERE NAUSEAS Y VERTIGO. 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: INDETERMINADA. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD SCORE MAMA: 0 RO: 4 PUNTOS - ALTO (GESTANTE 17 AÑOS 1 PUNTO, OBESIDAD IMC 30.8 3 PUNTOS) POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA. SE BRINDA ATENCION AMIGABLE DEL ADOLESCENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN | Z356   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-12 | 08:34 | Medicina Rural | ANA BELEN COSTALES MONTALVO | 0926787821 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-12 | 08:34 | Medicina Rural | ANA BELEN COSTALES MONTALVO | 0926787821 |       |