

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	RIVADENEIRA	JOSSELIN LISBET	04	09	1998	26 años, 3 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	1316326287	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SANTA FE 2000 y	093-950-2427 /
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	1316326287	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		2024	12	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 TRIGESTA DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUARTO CONTROL PRENATAL. AGO: G2 P0 A1 C1. PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 18 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGÍAS: 3, MENARQUIA: 13 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO USABA. APP: NO REFIERE. APQX: COLECISTECTOMIA HACE 1 AÑO, CESAREA PREVIA 2018. APF: NO REFIERE. GESTANTE DE 21.2 SEGUN FUM DEL 22-07-24. GESTANTE DE 21.2 SG SEGÚN ECOGRAFIA QUE TRAE EL DIA DE HOY QUE REPORTO 16.3 SEG EL 14-11-24 REPORTE EN APARTADO DE RESULTADOS. 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, DURANTE LA CONSULTA NO SE EVIDENCIA EDEMA; NO SANGRADO, REFIERE SECRECIONES VAGINALES AMARILLAS DESDE HACE 1 MES, NO DISURIA, NO POLAQUIUREA. 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: NO APLICA, AFU: CEFALICA, FCF: 149 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO. SCORE MAMA: 0 RO: 2 PUNTOS - ALTO: / 1 PUNTO POR SOBREPESO, 1 PUNTO POR PERIODO INTERGENESICO > 5 AÑOS. 3 PUNTOS POR OTRA PATOLOGIA(INFECCION VAGINAL)+ GANANCIA INADECUADA DE PESO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: TORCH IGM NEGATIVO HEPATITIS B NEGATIVO NEGATIVOGLUCOSA 89 TGO 18.7 TGP 12.1 LEUCOCITOS 11.1 LINFOCITOS 2.6 GRANULOCITOS 8.0 HB 12.7 HCT 38.1 PLAQUETAS 255G.R. 3.62 UROANALISIS: ELEMENTAL DE ORINA ORINA AMARILLO PAJIZO LIGERAMENTE TURBIO PH 6 DENSIDAD 1.015 LUEOCITOS NEGATIVO NITRITOS NEGATIVO GLUCOSA NEGATIVO PROTEINAS NEGATIVO CUERPOS CETONICOS NEGATIVO BILIRRUBINA NEGATIVO UROBILINOGENO NROAML SANGRE NEGATIVO. LEUCOCITOS 3-4 POR CAMPO HEMATIES 0-1 POR CAMPO PIOCITOS 0-1 POR CAMPO CELULAES EPITELIALES ESCASAS BACTERIAS + FILAMENTO MUCOSO. ULTRASONIDO: EMBARAZO 16.3 SEG FETO UNICO, CINETICA NORMAL, PRESENTACION CEFALICO LATIDOS CARDIACOS FETALES 149LPM, PLACENTA DE INSERCIION ANTERIOR GRADO 0 DE MADURACION ILA 10 CM INDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL, PESO DE 155 G ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL, HUESO NASAL MIDE 3.4MM LABIOS Y NARIZ NORMALES, TRACTOS DE SALIDA DE GRANDES VASOS CARDIACOS EXAMINADO EN MODO B VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	0261		x

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-18	09:49	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

FIRMA ELECTRONICA por: JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO

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
2024-12-18	09:49	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	