

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	DELGADO	GINGER CECIBEL	15	12	2004	20 años, 0 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316469905	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CAMILIO GILER y	098-557-4765 /
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	1316469905	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	20
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 NULIPARA DE 20 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 17 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 13 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS:SI, REFIERE QUE USABA PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS HACE 1 AÑO // APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: FAMILIA DE ABUELA MATERNA REFIERE QUE SUFREN DEL CORAZON, REFIERE QUE LOS HERMANOS DE LA ABUELA HAN FALLECIDO JOVENES // GESTANTE DE 7 SG SEGÚN FUM 30-10-24 ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA BHCg DEL 7-12-24. Y ECOGRAFIA QUE REPORTA EN APARTADO DE RESULTADOS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. PACIENTE REFIERE QUE HA PRESENTADO SANGRADO VAGINAL18 DIAS. ADEMAS REFIERE SECRECION AMARILLENTA DESDE HACE 1 MES. // SE REALIZA ANAMNESIS, REFIERE SIGNO DE ALARMA;REFIERE SANGRADO VAGINAL DESDE HACE 18 DIAS, REFIERE QUE ACTUALMENTE EL SANGRADO ES LEVE EN COMPARACION A LOS ANTERIORES DIAS, REFIERE QUE SE HA HECHO ATENDER DOS VECES DURANTE ESTOS 18 DIAS, LA PRIMERA VEZ FUE EL 7 DE DICIEMBRE SE ATENDIO EN GUAYAQUIL CLINICA PRIVADA APROFE Y LE INDICARON QUE VUELVA EN 2 SEMANAS LA MANDARON SIN TRATAMIENTO REFIERE, LUEGO LA SEGUNDA VEZ SE ATENDIO EL 17 DE DICIEMBRE EN EL TIPO C DE CHONE EN LA MAÑANA Y LE MANDARON DE TRATAMIENTO:PROGESTERONA 200MG UNA DIARIA A LAS 3PM POR 14 DIAS ,Y SECRECIONES VAGINALES AMARILLENTAS DESDE HACE 1 MES. NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: INDETERMINADA, AFU: NO VALORABLE, FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL / SCORE MAMA: 0 RO: 6 PUNTOS: ALCOHOL 3 PUNTOS OTRA PATOLOGIA(INFECCION VAGINAL SUGESTIVA DE VAGINOSIS BACTERIANA + HEMORRAGIA DE PRIMERA MITAD DEL EMBRAZO 3 PUNTOS). PACIENTE ACUDE POR EMERGENCIA EL DIA 18/12/2024 AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA, FUE VALORADA POR EMERGENCIA QUIEN INDICA LEGRADO, ACUDE SIN REFERENCIA INVERSA POR LO QUE SE ENVIA POR CONSULTA EXTERNA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

13/12/202. UTERO RETROVERSION GRAVIDO, SACO GESTACIONAL ALARGADO E IRREGULAR, MIDE 25 MM, IGUAL A 7 VESICULA VITELINA IRREGULAR, NO SE VISUALIZA EMBRION, DECIDUA CIRCULAR, CUERPO LUTEO EN OVARIO DERECHO, OVARIO IZQUIERDO NORMAL, DOUGLAS LIBRE. EMBARAZO DE +- 5-6 SEMANAS. AMENAZA DE ABORTO, FUM INICIERTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMENAZA DE ABORTO	O200	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-20	09:53	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-12-20	09:53	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	