

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ROSADO	SANDY BELEN	16	09	2000	24 años, 3 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316530748	MANABI	CHONE	SANTA RITA	O SABE y	097-889-9218 /
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	1316530748	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	01	09
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 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL PRENATAL. AGO: G1 P0 A1 C0. PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 19 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 16 AÑOS, MENSTRUACIÓN: IRREGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO UTILIZABA. EMBARAZO NO PLANIFICADO. APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. APF: NO REFIERE GESTANTE DE 13 SG SEGÚN FUM DEL 01/10/2024 NO CONFIABLE. DE ACUERDO A ULTIMA ECOGRAFIA PRESENTA 14.3 SG. GESTANTE ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON EXÁMENES DE LABORATORIO DEL 06/01/2025 QUE REPORTAN: HB: 12.3, HTO: 36.5, PLT 307, GRUPO SANGUINEO: O+, TPT 9.8, TTP 26.7, GLUCOSA EN AYUNAS: 89, COLESTEROL T 168, TRIG 136, UREA 23, CREAT 0.6, TGO 35.7, TGP 21.6, HIV 1 Y 2 NO REACTIVO, VDRL NO REACTIVO, EMO: LEU +, NITRITOS NEGATIVO, LEU 40-45/CAMPO, PIOCITOS 6-8/CAMPO, C.EPITELIALES 9-13/CAMPO, MUCUS Y FIBRAS HIALINAS ++, BACTERIAS +, CILINDROS HIALINOS PRESENCIA. SE LE ENVIA TRATAMIENTO PARA IVU CON CEFALEXINA 500MG C/8H POR 7 DIAS. PACIENTE NO TRAE A CONSULTA TORCH IGM NI HEPATITIS B POR LO QUE SE LE PIDE QUE EN LA PROXIMA CONSULTA TRAIGA LOS EXAMENES. PACIENTE TRAE A CONSULTA ECOGRAFIA (06/01/25) EL CUAL REPORTA: FETO UNICO VIVO DE 14 SEMANAS O DIAS POR BIOMETRIA FETAL, POSICION PODALICA, ILA CONSERVADA, PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA POSTERIOR, PESO 88 GR, FCF: 160LPM, NO SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON, MOVIMIENTOS FETALES VISIBLE, FPP:07/07/25 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, PRESENTA SECRECIÓN AMARILLO VERDOSA, NO OLOR FETIDO, PRURITO VAGINAL, NO PRESENTA 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: INDETERMINADA, FCF: 160 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADO NUTRICIONAL: NORMOPESO SCORE MAMA: 0 RO: 3 PUNTOS - BAJO (PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA POSTERIOR) POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EMO: LEU +, NITRITOS NEGATIVO, LEU 40-45/CAMPO, PIOCITOS 6-8/ CAMPO, C.EPITELIALES 9-13/CAMPO, MUCUS Y FIBRAS HIALINAS ++, BACTERIAS +, CILINDROS HIALINOS PRESENCIA. ECOGRAFIA: PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA POSTERIOR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PLACENTA PREVIA CON ESPECIFICACION DE QUE NO HUBO HEMORRAGIA	O440	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-09	14:42	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
2025-01-09	14:42	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	