

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	ALCIVAR	JAIRA JAMILETH	20	08	2000	24 años, 5 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316746278	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	096-137-2563 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316746278	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	02	09
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente secundigesta de 24 años que cursa gestación de 21.4 semanas con DX placenta previa con hemorragia. APP: No refiere, APF: madre y padre hipertenso y diabético ; Alergias: penicilina ; AQ: cesárea. FUM: 09/09/2024 (No confiable); FPP: 16/06/2025. Estado nutricional: obesidad ; ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS GESTAS: 1 P:0 C:1 A:0 PIG: 17/06/2020; SCORE MAMA; PA: 110/70 mmhg; FC: 85x min, FR; 18x min; STO2 99%; T: 36.2 C. EST CONCIENCIA ALERTA: PROTEINURIA:NO APLICA. TOTAL SCORE MAMA:0. RIESGO OBSTETRICO IDENTIFICADO: OBESIDAD 3PTOS. CICATRIZ UTERINA PREVIA: 2PTOS + HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: 2 PTOS. (RIESGO OBSTETRICO MUY ALTO: 7PTOS). PACIENTE REFIERE MANTENER SANGRADO INDEFINIDO DE +/- 3 MESES DE EVOLUCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

No cuenta con exámenes actualizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PLACENTA PREVIA CON HEMORRAGIA	O441		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-09	07:46	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-02-09	07:46	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	