

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CEVALLOS	KARLA BELEN	21	05	2003	21 años, 8 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317011672	MANABI	CHONE	SANTA RITA	POTRERILLO y	096-835-9261 /
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	1317011672	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	31
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 clinico

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 21 AÑOS CON 9.4 SG SEGUN FUM: 25-10-2024,FPP: 5-5-25 /TRAE ECOGRAFIA (14-01) SEGUN LA CUAL HOY TENDRIA 9.5SG // AP: NO REFIERE, APQX: NO REFIERE, APF: HERMANA PRESENTO ECLAMPSIA**, AGO: G2 P0 A1 C0 (MAYO 2023)/ MENARQUIA:12 A, METODO DE PLANIFICACION:NO USABA . SE REALIZA PRUEBA RAPIDA VDRL EN UNIDAD CON RESULTADO REACTIVO**, SE REALIZA REF A SEGUNDO NIVEL POR EMBARAZO DE ALTO RIESGO: ANT ABORTO + HERMANA CON ECLAMPSIA + VDRL +
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: PUEBAS RAPIDAS VIH: NO REACTIVO HEP C: NO REACTIVO VDRL: REACTIVO ***

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SÍFILIS QUE COMPLICLA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O981	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-31	14:24	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-01-31	14:24	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	