

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	ZAMBRANO	SHEYLA JARITZA	02	12	2009	16 años, 6 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	1317049151	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS MONOS y	096-061-8101 /
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	1317049151	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	06	26
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 FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA PARA PRIMER CONTROL POSPARTO. ACTUALMENTE CURSA PUERPERIO MEDIATO DE 14 DÍAS POST CESÁREA REALIZADA A LAS 35 SEMANAS DE GESTACIÓN, INDICADA POR CUADRO DE ECLAMPSIA. REFIERE QUE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PRESENTÓ CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS A ECLAMPSIA, MOTIVO POR EL CUAL SE DECIDIÓ LA FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO MEDIANTE CESÁREA. EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO PRESENTÓ UN NUEVO EPISODIO CONVULSIVO, REQUIRIENDO INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DONDE PERMANECIÓ HOSPITALIZADA DURANTE 4 DÍAS PARA MANEJO Y VIGILANCIA Estricta. AL EGRESO HOSPITALARIO SE INDICÓ TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO CON ENALAPRIL 20 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS, NIFEDIPINO 20 MG VÍA ORAL CADA 8 HORAS Y METOPROLOL 50 MG VÍA ORAL CADA 24 HORAS, LOS CUALES REFIERE CUMPLIR DE FORMA ADECUADA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA REFIERE LOQUIOS ESCASOS, DOLOR HIPOGÁSTRICO LEVE, TOLERABLE, SIN ALZA TÉRMICA, CEFALEA, ALTERACIONES VISUALES, DOLOR EN EPIGASTRIO, CRISIS CONVULSIVAS, DISNEA, EDEMA PROGRESIVO NI OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. PACIENTE REFIERE APLICACION DE IMPLANTE SUBDERMICO HACE 7 DIAS APROXIMADAMENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0967915230.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ECLAMPSIA EN EL PUERPERIO	O152		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-26	13:31	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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 clínico

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
2026-06-26	13:31	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

