

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	SOLORZANO	GINGER LILIBETH	14	03	1997	27 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317471504	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO	0967977781/0988495340
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	1317471504	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	01	23	
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	☐	CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS EN EMBARAZO, VALORAR TARTAMIENTO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, MULTIGESTA AGO: G0 P0 A0 C0 , PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 19 AÑOS, PAREJAS SEXUALES:2 ,CITOLOGÍAS: HACE DOS AÑOS MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: IRREGULAR , DISMENORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: SI, ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS EN EL 2019 // APP: NO REFIERE // APQX: NO REFIERE // APF: PADRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL , ABUELOS PATERNOS HIPERTENSIÓN, TIA CON CANCER DE SENO // AL MOMENTO PACIENTE ACUDE SIN PRUEBA DE BTHCG EMBARAZO POSITIVA . GESTANTE FUM DEL CONFIABLE 20/09/2025 NO CONFIABLE . ACUDE CON ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DEL 16/01/26 CON 17.0 SG CUENTA AL MOMENTO CON 18.0 SG . ACUDE A SU PRIMER CONTROL PRENATAL PERIODO DE CAPTACIÓN TARDIA . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS , MENCIONA CEFALÉAS REPENTINAS SIN SIGNOS DE ALARMA, NO DISURIA, PACIENTE MENCIONA ATENCIÓN MEDICA PARTICULAR DONDE ENVIAN ALFA METIL DOPA 250 MG (MENCIONA NO ENCONTRARLA EN LA CIUDAD POR LO QUE LLAMA A SU MÉDICO Y ROTA A NIFEDIPINA 10 MG CADA 12 HORAS POR DOS SEMANAS Y LUEGO REEVALUACIÓN), MENCIONA NO TOMA DE MEDICACION ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO I / SCORE MAMA: 3 AL MOMENTO QUE INGRESA AL AREA DE PREPARACION, SE REEVALUA EN CONSULTORIO POSTERIOR A DESCANSO CON CIFRAS TENSIONALES BAJAS Y FRECUENCIA CARDIACA NORMAL RO: 6 ALTO (OBESIDAD TIPO IMC >30, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREEXISTENTES)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LABORATORIOS DE 14/01/2026 GLOBULOS BLANCOS 8.12— LINFOCITOS 29.25— GLOBULOS ROJOS 4.12 — HEMOGLOBINA 12.0 — HCT 36.9— VCM 89.8— ´PLAQUETAS 254 – GLUCOSA 77— TRIGLICERIDOS 207— COLESTEROL 216— ACID URICO 3.3 — UREA 22– CREA 0.7 — TGP 14.1 — TGO 18.2 TORCH TOXOPLASMA IGG E IGM NEGATIVOS , RUBEOLA IGG POSITIVO, IGM NEGATIVO, CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM NEGATIVO, HERPES I IGM E IGG NEGATIVO , HERPES TIPO II IGG E IGM NEGATIVO ANALISIS DE ORINA ASPECTO LIG TURBIO, PH 7.0, GLUCOSA NEGATIVA, PROTEINAS NEGATIVAS, CETONAS NEGATIVAS, SANGRE NEGATIVA, LUEUCOCITOS TRAZAS, NITRITOS NEGATIVOS LEUCOCITOS 0.-2 CAMPO, PIOCITOS 8-12 XCAMPO, HEMATIES 1-2 XA CAMPO, CEL EPITELIALES 1-2 X CAMPO, MUCUS Y FIBRAS ALGUNOS, BACTERIAS +

ECOGRAFÍA DE 16 DE ENERO DE 2026 FETO ÚNICO VIVO, PRESENTACION TRANSVERSO, LONGITUDINAL, LATIDOS CARDIACOS PRESENTES, BOLSILLO ÚNICO ADECUADO POZO MAYOR A 3.99 CM DIÁMETRO BIPARIETAL 3.62 CM, CIRCUNFERENCIA CEFALICA 13.47 CM, C. ABDOMINAL 11.05 CM, HOMBRO FETAL 2.23 CM, FÉMUR FETAL 2.30 CM ,PESO EN GRAMOS 304.56 GRAMOS, FCF 148 LPM, COLUMNA SIN DEFECTOS, CORAZÓN CON CUATRO CÁMARAS. EMBARAZO DE 17.0 SG CON FPP 26/06/2026. FLUJO DE ARTERIAS UTERINA ALTERADO (RIESGO DE PREECLAMPSIA) SE RECOMIENDA CONTROLES PRENATALES Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION ESENCIAL PREEXISTENTE QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O100		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-23	13:48	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-01-23	13:48	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	