

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LINO	PAZMIÑO	CECILIA YAMINA	21	01	1999	25 años, 11 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	1317483046	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CIUDADELA HIDALGOO y	099-316-0497 /
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	1317483046	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	10
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 SECUNDIGESTA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CONTROL PRENATAL. AGO: G1 P1 A0 C0. PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 14 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGÍAS: 1, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS. APP: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. APF: HTA MADRE Y ABUELA. GESTANTE DE 33.6 SG SEGÚN FUM NO CONFIABLE FUM DEL 20/05/2024. PACIENTE ACUDE A CONTROL PRENATAL. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON EXÁMENES DE LABORATORIO CON FECHA 10/01/2025 QUE REPORTA EMO INFECCIOSO. EN CONSULTA PASADA SE DA TRATAMEINTO EN VISTA QUE CONTINUA IVU SE ROTA ANTIBIOTICO A NITROFURANTOINA Y SE SOLICITO NUEVO EMO CONTINUA CON IVU. SE SOLICITA UROCULTIVO YA QUE INFECCION NO CEDE CON MEDICAMENTOS PRESCRITOS PREEVIAMENTE. 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, NO SECRECIONES VAGINALES, NO 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: INDETERMNADA, AFU: 35, FCF: 134LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES SI. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES. ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD SCORE MAMA: 1 RO: 6PUNTOS - ALTO (POR OBESIDAD Y PERIODO INTERGENESICO SUPERIOR A 5 AÑOS).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LEUCOCITOS 8-14 POR CAMPO , + + + BACTERIAS NO TRAE CULTIVO DE ORINA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	O239		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-10	13:00	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2025-01-10	13:00	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	