

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAZURTO	VILLAPRADO	ESCARLET ESTEFANIA	10	01	2009	15 años, 10 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317658696	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS GUASMOS y	098-799-5580 / (00)-000-0000
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	1317658696	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	11	28
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 ☐

PRIMIGESTA MUY JOVEN CON
RIESGO OBSTÉTRICO ALTO QUE
PRESENTA INFECCIONES
VAGINALES A REPETICIÓN

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PRIMIGESTA NULIPARA DE 15 AÑOS DE EDAD AGO: G0 P0 A0 C0 HV0 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 13 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: NO REFIERE, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 10 AÑOS, MENSTRUACION: IRREGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: NO REFIERE // GESTANTE DE 28,6 SG SEGÚN PRIMERA ECOGRAFIA TARDIA A LAS 33.1 SG 19/07/2024. REFIERE SECRECIÓN VAGINAL AMARILLENTA FÉTIDA QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO. REFIERE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON ÓVULOS DE CLOTRIMAZOL Y DE METRONIDAZOL+NISTATINA SIN PRESENTAR MEJORÍA// AL EXAMEN FISICO: ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: CEFÁLICO, AFU: 33 CM, FCF: 132 LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// SCORE MAMA: 0 RO: 3 MUY ALTO (EDAD, INF VAGINALES A REPETICIÓN)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA SEGUIMIENTO Y VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	O235		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	13:15	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-11-28	13:15	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	