

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VALENCIA	LUISA ELIZABETH	19	09	2010	15 años, 3 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	1317779062	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VEMCEREMOS y A	098-957-7724 /
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	1317779062	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	30
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

Usuaría primigesta adolescente acude a control prenatal, cursa con embarazo de 27.6 por Fecha de última menstruación 20/06/2025, no hay registro de ecografía precoz, que indica haberse realizado, tampoco existía registro de exámenes de laboratorios realizados, al examen obstétrico altura uterina 28cc, FCF 135xm, feto único presentación cefálica, situación longitudinal, dorso derecho, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, proteína en orina no se realiza por no contar con tirillas, gasto urinario no cuantificable, oxigenoterapia aire ambiente, Score mama 0, movimientos fetales presentes, no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso inadecuado por déficit, no ha ganado peso adecuado durante el embarazo, indica que no asistió a la consulta con nutrición, se explican los riesgos por edad y bajo peso, riesgo obstétrico alto, categoría 3, con riesgo de preeclampsia por primigesta, adolescente y antecedentes de madre con preeclampsia, previo consentimiento informado se realiza prueba rápida de VIH No reactiva, sífilis no reactiva, tamizaje de violencia negativo, se IC Con medicina familiar por categorización de riesgo, se refiere a segundo nivel, control en un mes

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: Hepatitis C Anticuerpos Totales (HCV) Negativo Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo TORCH PRUEBA RÁPIDA Toxoplasma IgM Negativo Rubeola IgM Negativo Citomegalovirus IgM Negativo Herpes I y II IgM Negativo OTROS ANALISIS: Investigación de Malaria Negativo Método: Gota Gruesa Validado por: Gregoria Molina C. Grupo Sanguíneo A Factor Rh Positivo BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos $\hat{z}$ 3.19 $10^6/\mu\text{L}$ 4 - 6 Hemoglobina $\hat{z}$ 10.1 g/dL 13 - 17 Hematocrito $\hat{z}$ 28.5 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 89.4 μm^3 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) $\hat{z}$ 31.7 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 35.4 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs 44.8 μm^3 Plaquetas 434 $10^3/\mu\text{L}$ 150 - 450 Plaquetocrito 0.39 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9 μm^3 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 10.7 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 74 $10^3/\mu\text{L}$ 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) $\hat{z}$ 17 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.98 $10^3/\mu\text{L}$ 4 - 10 Linfocitos (%) 25.4 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 60 % 55 - 65 Monocitos (%) 8.1 % 2 - 10 Eosinófilos (%) $\hat{z}$ 5.9 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.6 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.28 $10^3/\mu\text{L}$ 1 - 4.4 Neutrofilos (#) 5.39 $10^3/\mu\text{L}$ 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.73 $10^3/\mu\text{L}$ 0.3 - 1 Eosinófilos (#) $\hat{z}$ 0.53 $10^3/\mu\text{L}$ 0 - 0.5 GLUCOSA: Glucosa 86.9 mg/dL 70 - 110 ULTRASONIDO: FETO UNICO CEFALICO, EMBARAZO DE 21,6 DÍAS PLACENTA ANTERIOR GRADO 2, ILA ORMALMOVIMIENTOS FETALES ACTIVCOS, FCF 149XM EMO: ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Turbio Densidad 1015 pH 6.0 Leuco Negativo Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Moderado (40 mg/dl) mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCOPICO Leucocitos 1 - 3 / Campo Píocitos 1 - 3 / Campo Hematíes 5 - 8 / Campo Células Epiteliales 2 - 4 / Campo Moco + Bacterias ++ Cristales de Uratos Amorfos Escaso BIOMETRIA HEMATICA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.67 $10^6/\mu\text{L}$ 4 - 6 Hemoglobina $\hat{z}$ 12.8 g/dL 13 - 17 Hematocrito $\hat{z}$ 44 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 83.8 μm^3 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 27.4 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.7 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 12.9 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDWs 41.6 μm^3 Plaquetas 415 $10^3/\mu\text{L}$ 150 - 450 Plaquetocrito 0.41 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 9.8 μm^3 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 12 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento celulas grandes) 97 $10^3/\mu\text{L}$ 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción celulas grandes) 23.4 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 6.99 $10^3/\mu\text{L}$ 4 - 10 Linfocitos (%) 33 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 56.8 % 55 - 65 Monocitos (%) 6.6 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.7 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.9 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.31 $10^3/$

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN	Z356		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-30	09:34	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	 Firmado electrónicamente por: JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-30	09:34	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	