

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARPIO	GARCIA	JULISSA DANIELA	09	12	2001	23 años, 1 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317897831	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	COPETON y	097-936-0578 /
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	1317897831	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		2025	01	13
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

☐

RH NEGATIVO NO SENSIBILIZADO

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MULTIPARA0 DE 23 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P1 A1 C0 HV1 HM1, PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: SI REFIERE (MICROGYNON) // APP: INFECCION VAGINAL CON TTO DE ACROMIZOL PLUS 1 OVULO CADA NOCHE, ABORTO ESPONTANEO HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE //APQX: NO REFIERE // APF: NO REFEIRE // GESTANTE DE 13 SG POR ECOGRAFIA REALIZADA EL 8/2/2025 CON 12.2 SG. PACIENTE AL MOMENTO NO SE HA REALIZADO EXAMENES DE LABORATORIO. ECOGRAFIA REALIZADA EL 8/9/2024 INDICA: UTERO OCUPADO POR PRODUCTO UNICO VIVO SEXO INCIERTO, UTERO CON PRESENCIA DE IMAGEN HIPOECOICA ADYACCENTE AL PROCESO PLACENTARIO EN ZONA POSTEIOR A NIVEL DE CUERPO UTERINO SUGESTIVO PARA HEMATOMA, SIN DESPENDIMIENTO, FCF 164 LPM. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICCA. // SE REALIZA ANAMNESIS, PACIENTE INDICA QUE HACE DOS SEMANAS ACUDIO AL TIPO C DE CHONE DEBIDO A SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE ACOMPAÑADO DE COAGULO Y DOLOR EN LA ZONA,LE INDICARON QUE EL UTERO SE ENCONTRABA CERRADO Y TENIA PRESENCIA DE UNA VAGINOSIS, LE INDICARON TTO CON ACROMIZOL PLUS 1 OVULO POR 3 NOCHES SEGUIDAS, PROGESTERONA 200 MG C/12H POR 10 DIAS, DOLOVAN C/8H POR 3 DIAS, REPOSO ABSOLUTO Y REALIZARSE UNA ECOGRAFIA DE MANERA PARTICULAR. AL MOMENTO PACIENTE INDICA HABER CUMPLIDO CON EL TTO MEDICO Y REPOSO ABSOLUTO, PRESENTA ESCAZA SECRECIONES VAGINALES DE COLOR BLANQUECINO, NO DISURIA. // AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERMETATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: INDETERMINADA, AFU: NO VALORABLE, FCF: NO VALORABLE. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO 1 / SCORE MAMA: 0 RO: 6 PUNTOS= ALTO (OBESIDAD, HEMORRAGIA PRIMER TRIMESTRE, ABORTO.)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	O268		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-13	11:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-01-13	11:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	