

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CUSME	JULEXY JAMILETH	19	09	2008	16 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350126619	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	098-122-4404 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1350126619	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		2024	12	08
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	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE SECUNDIGESTA DE 16 AÑOS DE EDAD CON 34.1 SG, FUM: 05-04-2024, FPP:10-01-2025/ AP: NR, APQX: NR, APF: NR, AGO: G1 P0 A1 C0 (HACE 1A), MENARQUIA: 11 A. METODO DE PLANIFICACION:NR. RO:MUY ALTO: ABORTO+EDAD+P INTERG + HEMORRAGIA DE SEGUNDA MITAD. PACIENTE ESTUO HOSPITALIZADA EN HGND C DESDE 22-11 HASTA 27-11 POR MOTIVO DE SANGRADO CAUSADO POR ITU. PRESENTA ECO (19-11) LA CUAL REPORTA PLACENTA DE IMPLANTACION BAJA + DESPRENDIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO (19-11) LA CUAL REPORTA EMB DE 32.4 SG (HOY 34 SG ACORDE CON FUM) PRESENTACION CEFALICO LONGITUDINAL DERECHO, FCF: 132, ILA: 14.32, PESO: 1965 GR, *PLACENTA ANTERIOR DE IMPLANTACION BAJA, GIII,LEVE DESPRENDIMIENTO EN POLO INFERIOR 1.3 CM*
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA PLACENTA, NO ESPECIFICADO	O439		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-08	21:26	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-12-08	21:26	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	