

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	GRIJALVA	YUMAYKA NAHOMY	14	04	2008	17 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350493993	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ANIBAL SAN ANDRES y	099-073-1506 /
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	1350493993	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	23
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 FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD ACUDE A PRIMER CONTROL PRENATAL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, CURSA CON EMBARAZO 33SG DE POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: -06.05/2025 PESO PRECONCEPCIONAL: 52 SCORE MAMA: 0 RIESGO OBSTETRICO: ALTO (PRIMIGESTA JOVEN + IFECCIONES VAGINALES RECURRENTES + AMENZA DE PARTO PREMATURO) ALTURA UTERINA: 23 FCF: 136 LPM ***** PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL DE EMBARAZO DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN, REFIERE DIFICULTAD PARA RESPIRAR OCASIONAL DEBIDO A LA PRESIÓN DEL FETO, COMENTA QUE LA SECRECIÓN VAGINAL HA DISMINUIDO PERO SIGUE SIENDO MUY ABUNDANTE, COMENTA QUE ESTA PREOCUPADA PORQUE EL FETO ESTA BAJO DE PESO Y ELLA TAMBIÉN, ADEMÁS DE QUE LE HAN INFORMADO QUE ES POSIBLE PARTO PREMATURO, QUE HA ESTADO MOJANDO EL INTERIOR PERO NO HA VERIFICADO QUE ES, NO LO HA OLIDO, PERO QUE SI PRESENTA NECESIDAD DE ORINAR FRECUENTE. ADEMÁS, REFIERE CONGESTIÓN NASAL SIN ALZA TÉRMICA. **** NO SANGRADO POR VAGINA. ETC. ***** AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ABUNDANTE SALIDA DE SECRECIN BLANQUECINA SIN NECESIDAD DE MANIBRAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Recuento de Glóbulos Rojos 5.11 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 13.9 g/dL 13 - 17 Hematocrito 43.3 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 84.7 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 27.2 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.1 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 14.3 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 44 μm³ Plaquetas 445 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.51 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 11.5 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c 16.3 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) 161 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 36.2 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 8.17 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 24.8 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 65.2 % 55 - 65 Monocitos (%) 7.1 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 2.6 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.3 % 0 - 2 Linfocitos (#) 2.03 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 5.33 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.58 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 0.21 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.02 10³/μL 0 - 0.2 OTROS ANALISIS: GLUCOSA 84.37 , GLUCOSA 2H 96.89 , TG 17.31 TGP 13.76 , LDH 157.57 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): PROTEINAS: NEGATIVO, NITRITOS: NEGATIVO, CC: NEGATIVOS, BILIRRUBINA Y SAGRE: NEGATIVOS, PIOCITOS 2-4, BACTERIAS +, MOCO +, CRISTALES OXALATO DE CALCIO TOMOGRAFIA: EMB 29 SG, FCF 145 LPM, PLACENTA POSTERIOR, ILA 15CM, PESO FETAL 1322GRAMOS, HUESO NASAL 9.3MM, VENTRICULOS CEREBRALES NORMALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-23	08:53	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2025-12-23	08:53	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	