

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLIS	MOREIRA	ESPERANZA TRINIDAD	14	08	2008	16 años, 11 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350798516	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y	096-259-7537 /
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	1350798516	CANUTO	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	07	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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD PACIENTE NACIDA EN CALCETA , RESIDENTE DE CASA GRANDE, TEF: 0979234180_.. CONTACTO DE REFERENCIA: (CUÑADA) TANIA MARIA TELF:0979597537.ACUDE A SEPTIMO CONTROL PRENATAL . CURSA 32.6 SG SEGÚN FUM:10/12/2024 CON FPP: 16/09/2025 APP: NO REFIERE. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: OPERACION DE FRENILLO HACE 7 MESES . APF: ABUELO PATERNO : HIPERTENSION ARTERIAL . ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS: G:0. P:0. C:0. A:0 MENARQUIA: 12 _AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 15 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 1, ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION IRREGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO USABA . EMBARAZO NO PLANIFICADO. SE LE BRINDA ATENCION AMIGABLE DEL ADOLESCENTE. PACIENTE RESIDENTE EN CASA GRANDE EN COMPAÑÍA DE SU PAREJA , FAMILIA FUNCIONAL. ESTUDIA TERCERO BACHILLERATO_ , MENCIONA QUE NO REALIZA ACTIVIDADES GRUPALES, NO CONSUMO DE DROGAS NI ALCOHOL, NO SE DETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, MENCIONA QUE SE CONSIDERA ACEPTADA, NO SE HA SENTIDO TRISTE NI DEPRIMIDA, SE SIENTE CONFORME CON SU CUERPO Y SU ESTADO DE ANIMO ES GENERALMENTE BUENO. NIEGA VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO , NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, NI NEUROLOGICA, PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA VISITA, GLASGOW 15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: 32 CM , POSICION: PODALICO , DORSO IZQUIERDO . FCF: 150 LPM . EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO BAJO_ = 1PUNTO (GESTANTE 16 AÑOS=1P) . TA 99/60 SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: ADECUADA. TIRILLA PROTEINURIA: NEGATIVA. VACUNACION DE TETANO: SEGUNDA DOSIS 04 DE AGOSTO_ . SE REvisa ECOGRAFIA REALIZADA EL 22 DE JULIO EN DONDE SE REPORTA FETO UNICO PODALICO DE 32.4 SG, FCF 138, ILA ADECUADO. SE PRESCRIBE HIERRO+ ACIDO FOLICO , POR FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA Y PRIMER EMBARAZO SE ENVIA ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG , CALCIO 1.500 MG. IC ODONTÓLOGIA, SE DA CONSEJERIA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PLANIFICACION FAMILIAR CON LOS METODOS ANTICOCEPTIVOS A CONSIDERAR DESPUES DEL PARTO, SE INTERROGA ENTENDIMIENTO DE LA MISMA. PACIENTE CON ESQUEMA DE MADURACION PULMONAR COMPLETADO, SE REALIZA TAMIZAJE DE TERCER TRIMESTRE VIH, SIFILIS, CHAGAS, VHC, VHB: NO REACTIVOS SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO ACUDIR AL HOSPITAL MAS CERCANO , INTERCONSULTA CON ODONTOLOGIA. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA. SE SOLICITA GLUCOSA EN SUERO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN SISTEMA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR PRESENTACION DE NALGAS	O321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	20:30	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-07-28	20:30	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	