

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLIS	MOREIRA	MERCEDES CONCEPCION	25	09	2006	19 años, 3 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350798524	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	098-478-4079 /
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	1350798524	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		2026	01	19
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 19 AÑOS DE EDAD, CURSA 29.6 SG SEGÚN FUM: 20/06/2025 CON FPP: 27/03/2026 Y POR ECOGRAFIA DEL 14/08/2025 CON 6.45G EXTRAPOLADA AL DIA DE HOY 29.1 SG APP: NO REFIERE. ALERGIAS : NO REFIERE. APQ: NO REFIERE. APF:NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECOBISTETRICOS: G:2. P:0. C:0. A:2 (ULTIMO ABORTO: 28/03/2025) (SU PAREJA ACTUAL ES SU PRIMO DE PRIMER GRADO ¿?) MENARQUIA: 13 AÑOS, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA: 17 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: 2, ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: NO REFIERE, PERIODOS DE MENSTRUACION IRREGULARES: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO USABA. EMBARAZO PLANIFICADO. NO HA PRESENTADO SANGRADOS, AL MOMENTO ASINTOMATICA, REFIERE NO SENTIR MOLESTIAS NI ARDOR PARA ORINAR. AL MOMENTO ESTA ESTABLE, AFEBRIL, NO MAS DATOS DE IMPORTANCIA. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA NI NEUROLOGICA, NO SANGRADOS, NO SECRECION , NO RASH. REFIERE QUE ESTUVO INTERNADA EN UCI 1 SEMANA HACE CASI 2 SEMANAS POR INFECCION DE VIAS URINARIAS QUE EVOLUCIONO A INFECCION SEVERA, AL MOMENTO REFIERE CONTINUAR CON TRATAMIENTO DEL HOSPITAL. EN LA CONSULTA PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, GLASGOW15/15, EXAMEN FISICO: ABDOMEN: GESTANTE, ALTURA UTERINA: 26.5 CM, POSICION: TRANSVERSA . FCF: 145LPM. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PACIENTE CURSA CON UN RIESGO OBSTÉTRICO ALTO = 6 PUNTOS (GESTANTE 19 AÑOS: 1, ABORTO HABITUAL: 2, PERIODO INTERGENISO <18M: 2, SOBREPESO: 1) . TA: 118/80. SCORE MAMA 0. GANANCIA DE PESO: ADECUADA . TIRILLA PROTEINURIA: NO HAY STOCK EN LA UNIDAD. SE EXPLICA PLAN DE PARTO Y TRASPORTE Y ELLA MENCIONAA QUE DECIDE PARIR ACOSTADA , ADICIONAL SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO. SE PRESCRIBE HIERRO MAS ACIDO 60MG/400MCG QD , CALCIO 1500MG QD, AAS 100MG AL DIA, NO HAY STOCK DE CARBONATO DE CALCIO NI DE HIERRO MAS ACIDO FOLICO. SE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA Y SEÑALES DE PELIGRO SEA CUALQUIER CASO MINIMO DEBE ACUDIR AL HOSPITAL MAS CERCANO IC ODONTOLOGIA. SE LE INDICA CONTROL EN 1 SEMANA, TRAER BIOMETRIA HEMATICA MAS UROANALISIS, NO HAY AGENDA EN CHONE TIPO C AL MOMENTO, PACIENTE REFIERE QUE SE HARA PARTICULAR. SE HACE REFERENCIA A GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA POR RIESGO ALTO Y POR ANTECEDENTES DE IVU SEVERA MÁS ANEMIA MODERADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	14:14	Medicina General	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	

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
2026-01-19	14:14	Medicina General	MARIA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	1314919760	