

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTOS	SOLORZANO	GEMA AUXILIADORA	28	05	2000	24 años, 3 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350814537	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	099-843-6803 /
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	1350814537	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	09	24
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 24 AÑOS DE EDAD, MESTIZA, PRIMIGESTA, QUE ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR SU PRIMER CONTROL PRENATAL LA CUAL CURSA CON AMENORREA DE +/- 30.6 SEMANAS POR FUM: 21/02/24 FPP: 27/11/24 NO CONFIABLE. AL INTERROGATORIO REFIERE MULTIPLES EVENTOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO, RAZON POR LA CUAL HA TENIDO QUE SER LLEVADA A EMERGENCIAS. TAMBIEN REFIERE UNA OCASION EN LA QUE FUE HOSPITALIZADA POR ESTA MISMA CAUSA, A SU VEZ REFIERE HACE APROX 3 SEMANAS HABER TENIDO UN EPISODIO DE EPIGASTRALGIA SEVEREA, ACOMPAÑADA DE VOMITOS Y DIARREAS. AL EXAMEN FISICO NO SANGRADO TRANSVAGINAL, NO EDEMA, ESTADO DE CONCIENCIA ALERTA Y CONCIENTE EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ACTIVA REACTIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PIEL Y MUCOSAS NORMOCOLOREADAS Y NORMOHIDRATADAS, CUELLO SIN ADENOPATIAS, CARDIORESPIRATORIO SUFICIENTE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, ALTURA UTERINA 28 CM COMPATIBLE CON EDAD GESTACIONAL, DIURESIS Y EMUNTORIOS NORMALES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN PATOLOGIA APARENTE. NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, NO REFIERE CONTRACCIONES NI DOLOR, NO SANGRADO O HIDRORREA . ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: SOP, MIGRAÑAS ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: MADRE HIPERTENSA PADRE DIABETICO, ANTECEDENTES QUIRURGICOS: COLECISTECTOMIA HACE 6 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE HABITOS: DROGAS, ALCOHOL, TABACO, CAFÉ: NO REFIERE VIOLENCIA: NO REFIERE GRUPO SANGUÍNEO: AB+ VACUNAS: COMPLETA VIGENTE. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: NO REFIERE FUM: 21/02/24 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G O P O C O A O SCORE MAMA: 2 (TIRA REACTIVA PRESENTA 2+) ALTURA UTERINA: 28 PRESENTACIÓN: OBLICUA FCF: 125 MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES SANGRADO VAGINAL: NO REFIERE RIESGO OBSTETRICO: BAJO 1 PUNTOS POR IMC DE 29.06 SE LE BRINDA ATENCION OPORTUNA, CAPTACION Y ENTREGA DE LIBRETA INTEGRAL. SE LE DA CONSEJERÍA SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA, MEDIDAS DE HIGIENE Y ALIMENTACION ADECUADA, ASI COMO APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. SE REALIZA SIFILIS NO REACTIVOS NO SE REALIZA CHAGAS POR NO TENER EN STOCK EN LA UNIDAD DE SALUD. SE ENVIA ORDEN DE DE ECOGRAFIA Y LABORATORIOS PARA REVALORAR SIGUIENTER CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE LE ENVIA A LA PACIENTE A REALIZAR LABORATORIOS Y ECOGRAFIAS ACTUALIZADOS PARA PROXIMA CONSULTA, DURANTE LA CONSULTA TIRA REACTIVA 2+ PROTEINURIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA	O16X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-24	11:48	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
2024-09-24	11:48	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	