

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	CHAVEZ	JESSICA ELOISA	04	07	1995	30 años, 7 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351180136	MANABI	CHONE	BOYACA	SITIO SAN MIGUEL y SN	096-977-8195 / (50)-302-8541
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	1351180136	BOYACA	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	02	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

GESTANTE DE 30 AÑOS DE EDAD CON TIEMPO GESTACIONAL 34.4 SEMANAS SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRONICAS APARENTES ES INTERCONSULTADA CON MEDICINA FAMILIAR POR TENER RIESGO 4 PUNTOS POR PERIODO INTERGENESICO MAYOR A 5 AÑOS ADEMAS DE OBESIDAD AUQNUE LA PACIENTE REFIERE QUE EMPEZO EMBARAZO CON BUEN PESO NOS REFIERE QUE TIENE 2 GESTAS ANTERIORES EN LAS CUALES POR PELVIS ESTRECHA NO HA PODIDO SER PARTO NATURAL SI NO CESAREA POR LO QUE NECESITA VALORACION ADEMAS QUE LA PACIENTE REFIERE PARIEDAD SATISFACTORIA Y DESEA REALIZAR LIGADURA AL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN PRESENTA DOLOR EN CADERAD DE LEVE INTENSIDAD QUE APARECEN Y DESAPRECEN ADEMAS DE PESO SOBRE VIENTRE PROPIAMENTE DE PESO DE SU BARRIGA POR EL TIEMPO DE EMBARAZO SE ESTA ALIMENTANDO NO PERDIDAS NO CONTRACCIONES AUMENTO DE PESO: SCORE MAMA: SE REALIZO EXAMENES COMPLEMENTARIOS DONDE SE EVIDENCIA INFECCION URINARIA ** SE DA TRATAMIENTO NO OTRA ALTERACION SE REALIZA PLAN DE PARTO CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA SIGNOS DE ALARMA .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ninguna

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	O342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	09:41	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

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
2026-02-19	09:41	Medicina General Integral	GABRIELA ALEJANDRA BAQUERIZO TORRES	CU-13-5730	

