

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	CHAVEZ	MAILIN LISSETH	10	07	2009	16 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351456494	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TABLADA DE SANCHEZ y	098-883-0359 /
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	1351456494	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		2025	07	18
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 NULIPARA DE 16 AÑOS DE EDAD ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MAMA MARIA CHAVEZ. AGO: G0 P0 A0 C0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 1, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 11 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: NO REFIERE /ALERGIAS. NO REFIERE / GESTANTE DE 29.1 SEG SEGÚN FUM DEL 26-12-2024. GESTANTE DE 28 SEMANAS DE GESTACION SEGÚN ECO REPORTADO DEL 7-07-25 QUE REPORTA 26.3 SEMANAS. ACUDE A SU CONTROL PRENATAL SIN EXAMENES DE LABORATORIO, SOLO TRAE ECOGRAFIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMATICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGUN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO DISURIA, SECRECIONES VAGINALES DESDE 2 MESES, REFIERE FLUJO VAGINAL BLANQUECINO TIPO REQUES ON, EN POCA CANTIDAD, ACOMPAÑADO DE PRURITO/ AL INTERROGATORIO REFIERE QUE NO SE HA TRATADO LAS SECRECIONES VAGINALES DURANTE EL EMBARAZO PORQUE NO LE AVISO A NADIE DE LAS SECRECIONES/ AL EXAMEN FISICO NORMOCEFALICA CON MUCOSAS HUMEDAS Y SIN PALIDEZ. FARINGE NO ERITEMATOSA, SIN ADENOPATIAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS. PEZONES FORMADOS. ABDOMEN NO DOLOROSO, UTERO GRAVIDO, PRESENTACION: CEFALICO , AFU:28, FCF:150 LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: NO INFILTRADO, NO SE EVIDENCIAN LESIONES DÉRMICAS EN EXTREMIDADES.// ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO / SCORE MAMA: 0. RIESGO OBSTETRICO: EDAD 1 PUNTO MAMA CON PRECLAMPSIA EN UN EMBARAZO 2 PUNTOS. NINGUN CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO MAYOR A 20 SEMANAS. 2 PUNTOS: 3 PUNTOS EN TOTAL POR ANTECEDENTES+ 1 PUNTO POR SOBREPESO: RIESGO OBSTETRICO ALTO. SE HACE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN PACIENTE PRIMIGESTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES ACTIVOS. FCF AUDIBLE Y VISIBLE 130LPM, POSICION CEFALICO AL MOMENTO DE EXAMEN. PLACENTA ANTERIOR GRADO DE MADUREZ I/III SIN SIGNOS DE DESPRENDIMIENTOS NI HEMATOMAS. LIQUIDO AMNIOTICO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL 12.1ML COLUMNA PRESENTE INTEGRAL EN TODO SU TRAYECTO, ESTOMAGO BURBUJA GASTRICA PRESENTE SIN ALTERACIONES, PESO FETAL 9133 GRAMOS - 2.01 LB. CORAZON SITUS SOLITUS OVAL PERMEABLE TETRACAMERAL. RIÑONES SIN ALTERACIONES. VEJIGA CON CONTENIDO PRESENTE, SIN ANOMALIAS. CORDON UMBILICAL DOS ARTERIAS Y UNA VENA. NO SIGNOS DE CIRCULAR DE CORDON. EXTREMIDADES 2 SUPERIORES 2 INFERIORES CON MOVIMIENTOS ADECUADOS DURANTE EL EXAMEN. EMBARAZO INTRAUTERINO, UNICO DE 26 SEMANAS 3 DIAS POR BIOMETRIA FETAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	13:18	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2025-07-18	13:18	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	