

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MALA	MARIA BELEN	05	03	200	20 años, 0 meses y 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351457336	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY	0993500161
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	1351457336	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	03	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 NULÍPARA DE 20 AÑOS DE EDAD. AGO: G0 P0 A0 C0. ACUDE A CUARTO CONTROL PRENATAL, OCUPACIÓN: ESTUDIANTE, NIVEL DE INSTRUCCIÓN: BACHILLER, ETNIA: MONTUBIA, RELIGIÓN: NO TIENE, ESTADO CIVIL: SOLTERA, LUGAR DE NACIMIENTO: CHONE, LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: AV. CARLOS ALBERTO ARAY, REFERENCIA DE DOMICILIO: FRENTE A LA FARMACIA SANTA MARTHA, SEGURO: NO, NUMERO CELULAR: 099-350-0161, TELÉFONO DE CONTACTO: 098-989-1170 (HERMANA - LOOR MALA CINDY). // PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 16 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGÍAS: 0, MENARQUIA: 10 AÑOS, MENSTRUACIÓN: REGULAR, DISMENORREA: SI, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE. // APP: OBESIDAD. APQX: NO REFIERE. APF: MADRE DIABETICA. ALERGIAS: NO REFIERE. HABITOS: NIEGA. GRUPO SANGUÍNEO: AB +. // GESTANTE DE 38.4 SEG SEGÚN FUM DEL 27/06/2024. POR ECOGRAFIA 32.2SG. SEGUN ECOGRAFIA DEL 30-12-24 QUE REPOROTO 20.2 (DISCORDANCIA DE 6 SEMANAS GESTACIONALES). // ACUDE A SU CONTROL PRENATAL CON ECOGRAFIA DEL 30/12/2024 QUE REPORTA: FETO UNICO CEFALICO DORSO ANTERIOR Y LONGITUDINAL, COLUMNA VERTEBRAL CERRADA. PLACENTA ANTERIOR GRADO I. EDAD GESTACIONAL 20.2. FPP 17/05/2024. FCF 142. // AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, ASINTOMÁTICA. // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, NO SECRECIONES VAGINALES, NO DISURIA. // ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD. // SCORE MAMA: 0. // RIESGO OBSTETRICO: IMC MAYOR A 30: 3 PUNTOS, OTRAS PATOLOGIAS: ANEMIA E INFECCION URINARIA. RIESGO OBSTETRICO ALTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA 81 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEUCOCITOS 11.21 NEUTROFILOS 72.7% LINFOCITOS 22.8% HEMOGLOBINA 10.7 ERIOTROCITOS 3.53 MCV 89 MCH 30.3 PLAQUETAS 315 PRUEBAS ESPECIALES: VIH 1-2 NO REACTIVO, ANTIGENO F24 NO REACTIVO, HEPATITIS B NO REACTIVO UROANALISIS: ASPECTO TURBIO COLOR AMARILLA PH 6 DENSIDAD 1025 GLUCOSA NORMAL PROTEINAS NEGATIVO CETONAS NEGATIVO UROBILINOGENO NORMAL BILIRRUBINA NEGATIVO SANGRE NEGATIVO LEUCOCITOS + NITRITOS POSITIVO LEUCOCITOS 5-8 POR CAMPO, PIDOCITOS 40-45 POR CAMPO, HEMATIES 2-4 POR CAMPO, CELULAS EPITELIALES 8-13 POR CAMPO, BACTERIAS +++ MUCUS Y FIBRAS HIALINAS + ULTRASONIDO: FETO UNICO VIVO. SEXO MASCULINO POSICION CEFALICO DORSO LATERAL DERECHO CABEZA NORMOCEFALO, CORAZON 4 CAMARAS FCF 130 LPM ORGANOS INTRAABDOMINALES NORMOCONFIGURADOS. PLACENTA FUNDICA ANTERIOR GRADO II DE MADURACION LIQUIDO AMNIOTICO SUFICIENTE PARA EDAD GESTACIONAL ILA 12.83 CM PESO 2098 G EMBARAZO DE 33.1 SEMANAS DE GESTACION POR BIOMETRIA FETAL FPP 13-425.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE	O288		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-24	09:24	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 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
2025-03-27	09:16	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	