

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| MUÑOZ            | MACIAS           | DAMARIS DOLORES | 15                  | 04  | 2011 | 13 años, 10 meses, 20 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351577943        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA 30 DE MARZO y           | 099-494-1305 /       |
| 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                 | 1351577943                               | SANTA MARTHA             | 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  | 07  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad              | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GESTANTE PRIMIGESTA NULIPARA CURSA EMBARAZO DE 37.1 SG POR FUM NO CONFIABLE (JUNIO 2024), RIESGO OBSTETRICO ALTO (ADOLESCENTE 3 PUNTOS, ANEMIA 2 PUNTOS) SCORE MAMA 0. SE LE REALIZÓ VISITA DOMICILIARIA REFIERE QUE HA TENIDO CONTROLES POR MEDICO PARTICULAR POR LO CUAL NO HA ACUDIDO A CENTRO DE SALUD, SE INSISTE EN ACUDIR A LOS CONTROLES PRENATALES, REFIERE QUE ESTA TOMANDO CEFUROXIMA PRESCRITO POR MEDICO PARTICULAR POR INFECCION DE VIAS URINARIAS, HA REFERIDO CEFALEAS, NIEGA LEUCORREAS, SE REALIZA PRUEBA DE HB EN CONSULTORIO CON VALOR DE 9.4MG/DL, SE ENVIA TRATAMIENTO MEDICO Y CONTROL DE LABORATORIO. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SCORE MAMA 0, RIESGO OBSTETRICO ALTO 5 PUNTOS. ALTURA UTERINA 33CM, FCF 145LPMIN. GANANCIA DE PESO INADECUADO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN | Z356   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-03-07 | 14:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |