

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | SOLORZANO        | MAHOMY NIKOOL | 07                  | 01  | 2000 | 25 años, 0 meses, 0 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351890890        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SAN PABLO y                  | 999-999-9999 /       |
| 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                 | 1351890890      | SAN ANTONIO              | 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  | 01  | 07  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MULTIGESTA DE 23 AÑOS DE EDAD (AÑO DE NACIMIENTO EN EL SISTEMA NO ES CORRECTO, FECHA DE NACIMIENTO REAL: 07/01/2001), AGO: G3 P1 A1 C1 HV2 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 17 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 3, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 14 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: ORALES //APP: NO REFIERE //APQX: CESÁREA (1) //APF: ABUELA MATERNA DIABETES MELLIRUS Y HTA, ABUELA PATERNA HTA// GESTANTE DE 34 SG SEGÚN ECO DEL 17/09/2024 CON 18.0. ACUDE A SU CONTROL PRENATALSIN EXAMENES DE ORINA (OLVIDA TRAERLOS)) PERO CON ECOGRAFIA DE L 5/12/24 FETO UNICO VIVO DE 29 SEMANA POR BIOMEETIR AFETLA POSICION CEFALICO PLACENTA ANTERIOIOR GRADO I HOMOGENEA SEXO MASCULINO NO SE OBSERVA CIRCULAR CORDON , FPP: 14 DE FEBRERO 2025 // 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, NO SECRECION VAGINAL, AL MOMENTO ASINTOMÁTICA.// AL EXAMEN FISICO PACIENTE COMENTA QUE HACE 1 SEMANA COMENZO A SENTIR CONTRACCIONES, Y DOLOR PELVICO QUE DURAN APROXIMADAMENTE 3 MIN Y 5 VECES AL DIA. 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: 32CM, FCF: 152LPM. 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 RO: 6 PUNTOS = ALTO (ABORTO, CUP HACE 2 AÑOS, SOBREPESO.) NO OLVIDAR HACER REFERENCIA PARA CESAREA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO PACIENTE COMENTA QUE HACE 1 SEMANA COMENZO A SENTIR CONTRACCIONES , Y DOLOR PELVICO QUE DURAN APROXIMADAMENTE 3 MIN Y 5 VECES AL DIA, APARTE TAMBIEN

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS | O620   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-01-07 | 14:19 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-01-07 | 14:19 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |