

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALMA	BRAVO	MILEIDY VIVIANA	27	01	2003	22 años, 6 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	1353603887	MANABI	CHONE	CONVENTO	EL GUABO y	096-863-2485 /
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	1353603887	CONVENTO	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	08	04
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 FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD FUM: 16/02/2025 AGO: G3 A1 P2 C0 FUP: 28/05/2023, APP: NO REFIERE, APF: MADRE HIPERTENSA, AQX: NO REFIERE, ALERGIA: NO REFIERE, HABITOS: NO REFIERE. CATEGORIZACION DE RIESGO OBSTETRICO ABORTO (1) SOBREPESO IMC 25.17 (1) RIESGO OBSTETRICO BAJO PUNTAJE TOTAL= 2. SCORE MAMÁ (0). HOY CURSA EMBARAZO DE 19.2 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECO REALIZADA EL 09/06/2025 CON REPORTE DE EMB DE 11.2 SG. FPP 27/12/2025. ACUDE A CONSULTA EN ESTA UNIDAD DE SALUD PARA TERCER CONTROL PRENATAL, REFIERE CEFALEA + ABSCESO EN ANTEPIERNA DERECHA. AL MOMENTO AFEBRIL, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA ES SUS ESFERAS. AL EXAMEN FISICO AL EXAMEN FISICO MUCOSAS NORMOHIDRATAS, NORMOCOLOREADAS. TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS, MAMAS SIMETRICAS, SIN PRESENCIA DE DOLOR NI SECRECIONES. ABDOMEN LEVEMENTE GLOBOSO COMPATIBLE CON EMB DE +- 19.2 SG, ALTURA UTERINA 19CM, FCF 128LPM PRESENTACION CEFALICO DORSO DERECHO, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS. NO SE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN PRESENCIA DE EDEMA. TRAE ECOGRAFIA REALIZADA EL 23/07/2025 CON REPORTE DE EMB CORRESPONDIENTE A 18.1 SG. GESTACION CON PRESENCIA DE FETO UNICO VIVO, SCREENING DE ANEUPLOIDIAS HUESO NASAL DE ASPECTO HIPOPLASICO, FOSAS NAALES NO VALORABLES AL MOMENTO. PLACENTA ANTERIOR DE INCERSION BAJA, MADURACION GRADO 0 NO HEMATOMA PLACENTARIO, ILA EN CANTIDAD NORMAL, SE SUGIERE REALIZARSE ECOGRAFIA DE CONTROL, SE EXPLICA A PACIENTE SOBRE POSIBLES CAUSAS EN FETO POR LA AUSENCIA DE HUESO NASAL. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA 3. MEDIDAS HIGIÉNICAS 4. CONSEJERÍA NUTRICIONAL: 5 COMIDAS DIARIAS DIETA RICA EN HIERRO Y CALCIO, FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN SAL, GRASAS Y AZUCAR 6. ACTIVIDAD FÍSICA CAMINATA 30 MINUTOS CADA DIA (DE ACUERDO A LA CONDICION) 7. CONSEJERÍA EN EDUCACIÓN PRENATAL 8. PSICOPROFILAXIS DE PARTO 9. LLENADO DE TARJETA DE SEGUIMIENTO DE EMBARAZADA 10. PLAN DE PARTO Y TRANSPORTE. SE RECOMIENDA A PACIENTE REALIZARSE ECOGRAFIA PELVICA PARA DESCARTAR ANEUPLOIDIA, PACIENTE INDICA REALIZARSELA DE MANERA PARTICULAR DEBIDO A LA FALTA DE CUPO, SE ENVIA ORDEN DE EXAMENES DE LABORATORIO. SE REALIZA REFERENCIA PARA EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PARA ELA REA DE CONSULTA EXTERNA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. SE PRESCRIBE HIERRO 60MG + AC. FÓLICO 400MCG TOMAR 1 TAB CADA 24 HORAS, PARACETAMOL 1G TOMAR CADA 8 HORAS POR 3 DIAS, BETAMETASONA CREMA TOPICA SE PRESCRIBE TAMBIEN CARBONATO DE CALCIO 500MG TOMAR 1 TAB CADA 24HORAS, ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG TOMAR 1 TAB CADA 24HORAS NO SE ENTREGAN POR FALTA EN STOCK SE DA PROXIMA CITA PARA EL 05/09/2025. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NO HAY PARAMETROS. PACIENTE SALE ESTABLE DE CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HUESO NASAL HIPOPLASICO + ORIFICIOS NAALES NO VALORABLES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	10:18	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	

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
2025-08-04	10:18	Obstetricia Rural	MICHAEL GABRIEL CRUZ JORDAN	0944322874	