

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CASTRO	RUBIA KATHERINE	27	09	2008	17 años, 5 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353762063	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CARLOS ALBERTO ARAY y RIO VENDIDO	096-888-7563 /
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	1353762063	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	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

ADOLESCENTE DE 17 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DESEADO, NO PLANIFICADO. OCUPACIÓN: AMA DE CASA. ESTADO CIVIL: UNION LIBRE. DOMICILIO: RIO VENDIDO, A 20 MIN DE LA ESCUELA. TELÉFONO: NO TIENE. TLF CONTACTO: 0982620044 (CUÑADO. JOSE MANZABA). 0968656738 (CUÑADA. GEMA VELEZ SABANDO). ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES : NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: CICLOS MENSTRUALES REGULARES (30 DÍAS) SANGRANDO POR 5 DÍAS EN MODERADA CANTIDAD. DISMENORREA: NO. COÁGULOS: SÍ. FUM: NO RECUERDA. PAP TEST: NO REALIZA. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: G2 P2 C0 A0 HV 2 HM 0. (ÚLTIMO 13/04/2024 - HACE 1 AÑO, 10 MESES). SE CALCULA PESO PREGESTACIONAL CON TABLA CLAP/OMS: 67.78 KG , IMC PREGESTACIONAL: 27.6 SOBREPESO. GESTA ACTUAL: EG: 20 SEMANAS DE GESTACION POR ALTURA UTERINA, YA QUE FUM: INCIERTA Y ECO TEMPRANA: NO REALIZA. PESO ACTUAL: 71.1 KG. AL MOMENTO REFIERE PRURITO VAGINAL Y LEUCORREA BLANQUECINA DE CONSISTENCIA GRUMOSO INOLORO, RESTO NO SIGNOS DE ALARMA. SIGNOS VITALES: FC: 72 lpm FR:19 rpm. TA 110/69 MMHG. PROTEINURIA TIRILLA NEGATIVO, SAT 99% AIRE AMBIENTE, GASTO URINARIO NO CUANTIFICABLE. SCORE MAMA: 0. AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, PRESENTA EMBARAZO DE 20 SEMANAS DE GESTACION POR ALTURA UTERINA. EN ESTOS MOMENTOS, SE ENCUENTRA AFEBRIL, NECESIDADES FISIOLÓGICAS NORMALES, NO HA PRESENTADO DOLOR EN HIPOGASTRIO, NO HA TENIDO PÉRDIDAS VAGINALES DE LÍQUIDO NI DE SANGRE, SE ESTÁ ALIMENTANDO DE MANERA NORMAL. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA: NORMOCEFALO, PUPILAS: ISOCORICAS REACTIVAS, CONJUNTIVAS: NORMOCOLOREADAS, MUCOSAS ORALES HIDRATADAS, CUELLO SIMÉTRICO SIN ADENOPATIAS TIROIDES: NO PALPABLE;TÓRAX: CORAZÓN RÍTMICO, RUIDOS CARDIACOS NORMOFONÉTICOS, SIN RUIDOS AGREGADOS PULMONES: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS; MAMAS: PEZONES FORMADOS, HIPERPIGMENTADOS, NO ADENOPATÍAS NI MASAS, NO SECRECIONES; ABDOMEN: GESTANTE GLOBULOSO. AL EXAMEN OBSTETRICO ALTURA UTERINA 20 CM, MANIOBRAS DE LEOPOLD N/A, FCF: 150 LPM. EXTREMIDADES: INFERIORES NO EDEMAS. RIESGO OBSTÉTRICO: PERIODO INTERGENESICO <18 MESES (2 PUNTOS), ADOLESCENTE (1 PUNTO), SIN INSTRUCCION (1 PUNTO), NINGUN CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO >20 SDG (2 PUNTOS), SOBREPESO (1 PUNTO): TOTAL: 5 PUNTOS. RIESGO ALTO. RIESGO PREECLAMPSIA: ADOLESCENTE (1 PUNTO) + IMC >25 (1 PUNTO). SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL. LABORATORIOS COMPLETOS Y ECOGRAFIA OBSTETRICA AGENDADOS EN TIPO C DE CHONE Y HOSPITAL GENERAL NAPOLEON , RESPECTIVAMENTE. SE ENTREGAN ORDENES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-04	08:38	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-03-04	08:38	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	