

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JIMPIKIT	SHARUP	LUCIANA IRMA	26	05	2007	17 años, 5 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1450188154	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RIO GRANDE	0959726064
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	1450188154	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	2024	11	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PRIMIGESTA DE 17 AÑOS DE EDAD ACUDE A CITA DE CONTROL PRENANTAL CON 33.4 SG -SEGUN FUM 28-03-24 FPP:2-01-2025/SIN EMBARGO SEGUN ECO (12-11-24) PRESENTARIA HOY 31.3 SG, FUM SEGUN ECO: 13-04-2024 Y FPP SEGUN ECO:18-01-25/ AP:NO REFIERE, APQX: NO REFIERE,APF:NO REFIERE, AGO: G0 P0 A0 C0,-MENARQUIA:14 A, METODO DE PLANIFICACION:NO USABA. SE TRATA DE EMBARAZO ADOLESCENTE DE BAJO RIESGO (IMC + EDAD).
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UROANALISIS: PH:5, NITRITOS: POSITIVOS, GLUCOSA: NEGATIVA, PROTEINAS: NEG, SANGRE: NEG, C.CETONICOS: NEG EX MICROSCOPICO LEUCOCITOS: 4-6 HEMATIES: 0-1 PIOCITOS: 1-2 BACTERIAS:++

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	O234		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-21	19:27	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-11-21	19:27	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	