

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	CHAVARRIA	KARINA JOHANA	03	01	2000	24 años, 10 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1726243239	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MARIO LOOR y	099-067-3969 /
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	1726243239	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	12	01
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 TRIGESTA DE 24 AÑOS DE EDAD CON 22.6 SG (SEGUN FUM), FUM: 20-06-2024, FPP(SEGUN FUM):27-03-2024/ AP:ANTEC DE PREECLAMPSIA EN PRIMER EMBARAZO, APQX:NO REFIERE, APF: MADRE DM E HTA, AGO: G2 P1 A1 C0 (ABORTO FUE EN MARZO 2024 Y PARTO HACE 5A) ,MENARQUIA:13 A ,MENSTRUACIONES: IRREGULARES. METODO DE PLANIFICACION: AOC. CONSULTA PREVIA PACIENTE TRAJO BH DE LA CUAL DESTACA HGB: 9, SIN EMBARGO EN CONSULTA ACTUAL PACIENTE REFIERE QIE NO SE ADMINISTRO HIERRO IV. EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO SEGUN ESCALA DE MSP: ABORTO+ANTEC DE PREECLAMPSIA+P. INTERGENESICO MENOR A 18M+ANEMIA MENOR A 10

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

23/10/2024 : HB: 9, HTO: 27,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	O990		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-01	01:49	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
2024-12-01	01:49	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	