

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	BACILIO	NATHALY ODALYS	08	09	2002	21 años, 11 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2450652678	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE MERCEDES y CALLE ROCAFUERTE	098-601-5674 / (99)-999-9999
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	2450652678	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	09	06
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 secundigesta nulipara cesareada anterior hace 1 año 5 meses, acude a primer control prenatal, orientada en tiempo y espacio, cursa con embarazo de 32 semanas por Eco realizada el 27/05/2024 que reporta embarazo de 17.5 semanas, y 30 semanas por Eco realizada el 23/08/2024 que reporta embarazo de 28.4 semanas, refiere dolor en hipogastrio irradiado a la región lumbar de aproximadamente 5 meses de evolución, paciente indica que en cirugía anterior hubo rotura uterina con hemorragia pos parto, con transfusión sanguínea de 3 unidades de sangre, al examen físico Cabeza: normocefalo, Conjuntivas:normal , Cuello: Tiroides:Visible sin adenopatias;Tórax: Corazón Rítmico, ruidos cardíacos normales ,Pulmones: campos pulmonares claros y ventilados; Mamas: Pezones Formados; Abdomen: gestante globuloso, al examen obstétrico altura uterina 30cc, FCF 130 xm, feto único cefálico,situación longitudinal, dorso izquierdo, al examen ginecológico hay presencia de leucorrea blanco en poca cantidad en vagina , no hay presencia de sangrado, movimientos fetales presentes, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, Proteinuria negativo , Score mama 0, peso preconcepcional , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, riesgo obstetrico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: HEPATITIS B Negativo HIV IV GENERACION No Reactivo VDRL No Reactivo HEMATOLOGIA: -GLOBULOS BLANCOS 8.34 x10^3 células / uL [3.5 - 9.5] -LINFOCITOS % 25.19 % [20 - 50] -MONOCITOS % 5.41 % [3 - 10] -NEUTROFILOS % 68.05 % [40 - 75] -EOSINOFILOS % 1.01 % [0.4 - 8] -BASOFILOS % 0.35 % [0 - 1] -LINFOCITOS # 2.10 x10^3 células / uL [1.1 - 3.2] -MONOCITOS # 0.45 x10^3 células / uL [0.1 - 0.6] -NEUTROFILOS # 5.68 x10^3 células / uL [1.8 - 6.3] -EOSINOFILOS # 0.08 x10^3 células / uL [0.02 - 0.52] -BASOFILOS # 0.03 x10^3 células / uL [0 - 0.06] Serie roja -RECuento DE GLOBULOS ROJOS 3.94 x10^6 células / uL [3.8 - 5.1] -HEMOGLOBINA * 11.25 g / dL [11.5 - 15] -HEMATOCRITO * 32.00 % [35 - 56] -VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO * 81.10 fL [82 - 100] -HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA 28.60 pg [27 - 34] -CONCENTRACION DE HGB CORPUSCULAR MEDIA - MCHC 35.20 g / dL [31.6 - 35.4] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWC 15.10 % [11 - 16] ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA - RDWS 41.60 fL [35 - 45] Serie plaquetaria -PLAQUETAS 314 x10^3 células / uL [150 - 450] -VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) 7.80 x10^3 células / uL [6.5 - 12] UROANALISIS: -TURBIDEZ Turbio -PH 6.5 ANÁLISIS QUÍMICO -DESINIDAD 1020 -LEUCOCITOS + -SANGRE Negativo -NITRITOS Negativo -GLUCOSA EN ORINA Negativo -CETONAS Negativo -PROTEINAS Negativo -BILIRRUBINA Negativo -UROBILINOGENO Normal ANÁLISIS MICROSCÓPICO -HEMATIES EN ORINA 1 - 3 xc -LEUCOCITOS EN ORINA 20 - 25 xc -CELULAS EPITELIALES Abundantes -BACTERIAS +++ -PIOCITOS 4 - 8 xc

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-06	10:04	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2024-09-06	10:04	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	