

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LOPEZ            | GOMEZ            | ASTRID VERONE | 25                  | 02  | 1998 | 28 años, 0 meses, 7 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| VENEZOLANO/A    | VENEZUELA      | 27307375          | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | BARQUERO y                   | 099-035-7921 /       |
| 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                 | ASVLOG99199802259 | SAN ANTONIO              | 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 ☐

APP VIRUS PAPILOMA HUMANO, PRUEBA RAPIDA SIFILIS REACTIVA, RIESGO OBETETRICO MUY ALTO 7

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD AGO: G3 P2 A1 C0 HV2 HM0, PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: 11 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 4, CITOLOGÍAS: 4, MENARQUIA: 12 AÑOS, MENSTRUACIÓN: IRREGULAR, DISMENORREA:NO, ANTICONCEPTIVOS: SI, BARRERA, EMBARAZO NO PLANEADO // APP: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO REFIERE TUVO CONTROLES EN HOSPITAL DE NARANJAL, HEPATITIS B ESTUVO HOSPITALIZADA, SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO DIAGNOSTICADO PERO NO TRATADO, CRISIS CONVULSIVAS A LOS 12 AÑOS, NO SE HA VUELTO A REPETIR // APQX: NO REFIERE // APF: PADRES Y ABUELOS HIPERTENSION ARTERAL Y DIABETES // PIG 6 AÑOS, FUM: 15/8/2025 ACTUALMENTE 28.5 SG, TRAE ECOGRAFÍA DE 2/2/2026 CON 19SG, ACTUALMENTE 23.2 SG FPP 29/06/2026 // ACUDE A SU CONTROL PRENATAL EN PERIODO DE CAPTACION TARDIA CON PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE CON RESULTADO POSITIVO DEL 1 DE FEBRERO 2026. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, REFIERE DOLOR DE CABEZA,MALESTAR GENERAL, NAUSEAS, VOMITOS // SE REALIZA ANAMNESIS, NO REFIERE NINGÚN SIGNO DE ALARMA; NO SANGRADO, SECRECIONES VAGINALES, DISURIA. // ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO 1 / SCORE MAMA: 0 RO: 7 PUNTOS= MUY ALTO (ABORTO, SIFILIS, OBESIDAD IMC > 30, PIG >5 )

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APP VIRUS PAPILOMA HUMANO, PRUEBA RAPIDA SIFILIS REACTIVA, RIESGO OBTETRICO MUY ALTO 7

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------|--------|-----|-----|
| SIFILIS PRIMARIA EN OTROS SITIOS | A512   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-03-04 | 12:05 | Medicina Rural | NEILA TATIANA TORRES MEDINA | 0850240227 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-03-04 | 12:05 | Medicina Rural | NEILA TATIANA TORRES MEDINA | 0850240227 |       |