

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CRESPO	PEREIRA	MARJELIS ALEXANDRA	27	12	2004	20 años, 1 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
VENEZOLANO/A	VENEZUELA	30977358	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y MERCEDES	098-156-8072 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	MAACRP99200412270	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	01	27
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 DE 19 AÑOS DE EDAD AGO: G1 P0 A1 C0 // APP: NO REFIERE //APQX: NO REFIERE // APF: MADRE HTA // GESTANTE DE 36.4 SG SEGÚN FUM DEL 17/05/2024 FPP: 21/02/2025 ACUDE A SU CONTROL PRENATAL MENSUAL. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, NO RASH, NO FIEBRE, NO CONJUNTIVITIS, NO SECRECIONES VAGINALES, REFIERE DOLOR EN REGION INGUINAL IZQUIERDA Y PRURITO EN MANOS Y PIES QUE EN OCASIONES SE GENERALIZA. // ABDOMEN NO DOLOROSO, SE EVIDENCIA VENA INFLAMADAS EN REGIÓN INGUINAL IZQUIERDA ACOMPAÑADA DE MASA VARICE PELVICA, ÚTERO GRÁVIDO, PRESENTACIÓN: CEFÁLICO, AFU: 38CM, FCF: 140LPM. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: NO EDEMA. // ESTADO NUTRICIONAL: NORMAL GANANCIA INADECUADA EXCESO/ SCORE MAMA: 0 RO: ALTO PROTEINURIA NEGATIVA. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA ES QUE PRESENTA VARICES PERIANALES. PERO SE HACE REFERENCIA PARA SU ANALISIS...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVÍA A SU CONTROL MEDICO PARA EVALUACIÓN... SE APLICA EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR LA CONTINUIDAD...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	13:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

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
2025-01-27	13:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

