

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CHICA	MARIA ELENA	12	10	1995	28 años, 10 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352553950	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO APLICA y	096-400-9713 / (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	1352553950	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	02	
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 acude a 7 control prenatal, cursa con embarazo de 37.6 SG al examen obstetrico altura uterina 37 CM feto único presentación cefálico, situación longitudinal, dorso derecho, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices, proteína en orina positiva , Score mama 0 ,movimientos fetales presentes y activas , no rash, no fiebre, no conjuntivitis, ganancia de peso excesivo riesgo obstetrico alto por aumento excesivo de peso.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: EMBARAZO 36 SEMANAS POR ECO DE FECHA 30 DE AGOSTO ILA NORMAL, FCF 150 LPM SEXO FEMENINO, PLACENTA GRADO 2 ANTERIOR, FPP 30 DE SEPTIEMBRE telefono 0984983467

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-02	13:54	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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
2024-09-02	13:54	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	