

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	MOREIRA	KIMBERLYN MIRLEY	22	04	1997	28 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314337229	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BBELA VISTA 1 y	099-579-8562 /
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	1314337229	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	01	22
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 ☐

RIESGO MUY ALTO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MULTIPARA DE 28 AÑOS DE EDAD AGO: G2 P0 A1 C1 HV1 HM0, PRIMERA RELACION SEXUAL: 14 AÑOS, PAREJAS SEXUALES: 2, CITOLOGIAS: 0, MENARQUIA: 11 AÑOS, MENSTRUACION: REGULAR, DISMINORREA: NO, ANTICONCEPTIVOS: NO REFIERE // APP: NO REFIERE //APQX: CESAREA (18/04/2022) // APF: ABUELA MATERNA HTA // FUM: 15/12/2025// PIG: 2 MESES PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA CONTROL PRENATAL CAPTACION TEMPRANA. REFIERE HABER TENIDO UN ABORTO RETENIDO EL CUAL FUE ATENDIDO EN TIPO C EN OCTUBRE DE 2025 // AL INTERROGATORIO REFIERE QUE HACE 5 DIAS ACUDIO A REALIZARSE UNA PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE CON RESULTADO POSITIVO, AL INTERROGATORIO NIEGA SANGRADOS, NIEGA DOLOR.// ESTADO NUTRICIONAL: OBESIDAD TIPO I / SCORE MAMA: 0 PUNTOS RO:8 (OBESIDAD, ABORTO Y CUP).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ABORTO RETENIDO PREVIO EN OCTUBRE 2025, PIG 2 MESES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	O268		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-22	08:16	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
2026-01-22	08:16	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

